BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.3.91.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CH. MONOD
Secrétaire général,

ET

MM. A.-H. MARCHAND ET L.-G. RICHELOT
Secrétaires annuels.

TOME XVI. — 1890.



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1890

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE



COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1890

Président	MM. NICAISE.
Vice-Président	TERRIER.
Secrétaire général	MONOD.
Secrétaires annuels	MARCHAND et RICHELOT.
Trésorier	SCHWARTZ.
Archiviste	RECLUS.



MEMBRES HONORAIRES

MM.

19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de 1868
23 janvier 1861... — Deguise..... 1844
20 novembre 1889. — Després 1855
29 mars 1882..... — Dubreuil.............................. 1872
5 mai 1886...... — Duplay................................ 1850
28 mars 1886..... — Guéniot.............................. 1868
15 mars 1876..... — Guérin (Alphonse).. 1853
22 novembre 1882. — Guyon (Félix)....................... 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue 1872
20 décembre 1867. — Larrey (baron)...................... 1849
9 mai 1877....... — Le Fort (Léon)............... 1865
31 octobre 1888.. — Magitot, titulaire de 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur 1843
9 mars 1881..... — Marjolin. — M. fondateur 1843
25 janvier 1860... — Monod. — M. fondateur................ 1843
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon......................
26 mai 1880...... — Panas................................ 1865
9 juillet 1879.... — Paulet 1868
23 février 1887... — Poncet, de Cluny....................
4 décembre 1867. — Richet 1852
27 octobre 1886... — Sée................................... 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain.................... 1867
19 décembre 1883. — Tarnier............................. 1865
26 mai.......... — Trélat............................... 1861
15 juillet 1885.... — Verneuil 1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — ANGER (Théophile).
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY.
29 mai 1889....... — BRUN.
4 janvier 1882 ... — CHAUVEL.
3 janvier 1877 ... — DELENS.
19 janvier 1853... — DESORMEAUX.
8 juin 1870..... — HORTELOUP.
13 mai 1885 ...... — HUMBERT.
12 décembre 1888. — JALAGUIER.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
9 juillet 1873 .... — LE DENTU.
30 juin 1875 ...... — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
3 mai 1882........ — MARCHAND.
4 décembre 1889. — MARCHANT (Gérard).
7 juillet 1880 .... — MONOD (Ch.).
29 juillet 1887.... — NÉLATON.
1 avril 1874 ..... — NICAISE.
14 avril 1875 ..... — PERIER.
9 juin 1886...... — PEYROT.
2 avril 1873 ..... — POLAILLON.
27 avril 1881 ..... — POZZI.
25 avril 1888..... — PRENGRUEBER.
10 mai 1887 ...... — QUÉNU.
18 avril 1883...... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
6 décembre 1882. — RICHELOT.
11 juillet 1888.... — ROUTIER.
1er décembre 1886. — SCHWARTZ.
9 février 1887.... — SEGOND.
15 juillet 1874 .... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.
31 janvier 1866... — TILLAUX.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Auffret, médecin en chef de la marine.
Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Bousquet, professeur à l'École de Clermont-Ferrand.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cauchois, à Rouen.
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin inspecteur de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Charvot, medecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.

MM. Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à Lille.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de médecine de Clermont.
Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Guermonprez, à Lille.
Hache, professeur à Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lanelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Largen, à Maisons-Laffitte.
Le Prévost, au Havre.
Malherbes fils, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mouchet, à Sens.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Mourlon, médecin principal de l'armée.

MM. NEPVEU, professeur à l'École de Marseille.
NIMIER, médecin-major de l'armée.
NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
OVION, à Boulogne-sur-Mer.
PAMARD, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
PATRY, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
PIÉCHAUD, professeur à la Faculté de Bordeaux.
PILATE, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
PONCET (A.), professeur à Lyon.
PRAVAZ, à Lyon.
QUEIREL, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
RIBELL, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
ROBERT, médecin principal de l'armée.
ROCHARD, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
ROHMER, professeur à la Faculté de Nancy.
ROUX, à Marseille.
SIRUS-PIRONDI, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
SALMON, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
SILBERT, à Aix.
STOLZ, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
SURMAY, à Ham.
TACHARD, médecin-major de l'armée.
THOLOZAN, médecin principal de l'armée.
THOMAS (Louis), à Tours.
TRIPIER (Léon), professeur à la Faculté de Lyon.
TURGIS, à Falaise.
VAST, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
VÉDRÈNES, médecin-inspecteur de l'armée.
VIARD, à Montbard (Côte-d'Or).
VIBERT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
VILLENEUVE, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
WEISS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

RICORD, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.

MM.

1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT, Londres.
16 janvier 1884 .... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880 .... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
4 janvier 1888 .... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
2 janvier 1889..... — Assaky, Bucharest.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
22 décembre 1852.. — Burggrave, Gand.
4 janvier 1888..... — Ceccherelli, Parme.
4 janvier 1889..... — Chiene, Édimbourg.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857....... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
4 janvier 1888..... — Gori, Amsterdam.
9 janvier 1879.... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).

MM.

15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — Heyfelder (fils), Saint-Pétersbourg.
2 janvier 1865.... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — Julliard, Genève.
13 janvier 1869.... — Krassowski, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1885.... — Lewis A. Stimson, New-York.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
16 janvier 1884..... — Lucas (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
22 octobre 1856.... — Mayor, Genève.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.... — Pereira-Guimaraes, Rio-Janeiro.
8 janvier 1862.... — Piàchaud, Genève.
21 janvier 1885.... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — Saxtorph, Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
20 janvier 1886.... — Socin, Bâle.
21 janvier 1885.... — Studsgart, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
15 janvier 1890.... — Wolfler, Gratz.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Égypte).

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Ananles des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédic. — Annales de thérapeutique médico-chirurgicales. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse, — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Gazetta medica italiana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY et le prix DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1889 jusqu'au 1er novembre de l'année 1890 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1890. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé, dans sa séance du 16 décembre 1874, que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que les compétiteurs devraient se soumettre aux règles adoptées pour le prix Laborie, règles énoncées plus haut.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(22 janvier 1890.)

ALLOCUTION DE M. LE DENTU

Messieurs et chers Collègues,

J'ai eu l'honneur de présider à vos travaux pendant l'année du Centenaire. Au moment où je vais résigner mes fonctions, ma pensée fait tout naturellement un retour en arrière vers cette année 1789 qui a vu éclore tant de grandes et de généreuses idées, mais qui portait aussi en germe bien des tourmentes et des destructions. Le décret de la Convention qui, en 1793, supprima toutes les sociétés savantes, atteignit l'Académie de chirurgie comme les autres. En dépit de l'éclat dont elle rayonnait, de la suprématie qu'elle exerçait sur l'Europe entière, elle sombra dans le naufrage commun.

Ce ne fut que cinquante ans plus tard que, sous une forme et avec un titre plus modestes, elle se refit une place dans le monde scientifique. Par son but et par son organisation, la Société de chirurgie est, en réalité, la continuation de son illustre devancière. Sa création a renoué la chaîne brisée des traditions. Sans avoir la prétention d'être l'unique foyer de l'activité chirurgicale de la France, elle est sans contredit le principal ; par les racines qu'elle a poussées dans toutes les régions de notre pays et jusqu'au delà de nos frontières, elle remplit, au point de vue de la concentration et de l'échange des idées, le même rôle que jadis l'Académie de chirurgie, à l'égard de nos compatriotes et des étrangers qui recherchent l'honneur de compter parmi les nôtres.

Les analogies ne manquent donc pas entre la compagnie qu'illustrèrent les Lapeyronie, les Louis, les J.-L. Petit, les Desault, et bien d'autres dont vous avez les noms présents à la mémoire, et la Société de chirurgie actuelle ; mais j'aurai garde de pousser plus loin la comparaison, car elle tournerait peut-être au désavantage de la seconde. Qu'il me soit du moins permis, toute question de personnes mise à part, de chercher, en dehors de la valeur des hommes, dans les circonstances, certaines des causes de son infériorité relative.

Si les maîtres, en qui s'est incarnée la gloire de l'Académie de chirurgie, pouvaient réapparaître au milieu de nous, deux choses seraient pour eux l'objet d'un profond étonnement. Ce serait d'abord l'audace heureuse de nos actes ; mais comme ils ont été en leur temps des amis déclarés du progrès, sauf quelques réserves à l'endroit de certaines exagérations et de certains écarts, ils applaudiraient de bonne grâce, j'en suis convaincu, aux conquêtes que nous devons à l'anesthésie, vieille de plus de quarante ans, et à l'antisepsie, encore récente, mais déjà banale à force de s'être généralisée.

Ils s'étonneraient ensuite de ce que nous, leurs continuateurs, nous ne dictons pas, comme ils l'ont fait jadis, des lois à l'Europe, et de ce que, ne pouvant plus prétendre à la direction absolue, presque autocratique, du mouvement des idées, nous sommes contraints de consacrer une bonne part de nos efforts à soutenir la lutte avec des rivaux actifs, ardents même, toujours prêts à proclamer la supériorité qu'ils s'attribuent, emportés par un courant qui a ébranlé sur ses bases la chirurgie essentiellement française des indications et des contre-indications.

A ces étonnements, votre président répondrait de son mieux, à peu près en ces termes : « C'est à vous d'abord qu'il faut vous en prendre, si vos préceptes se sont répandus dans le monde entier, si le grain semé par vos mains a si bien germé, et si des écoles rivales, nées sous votre souffle fécondant, partagent aujourd'hui avec l'école française la gloire de contribuer au développement de notre science. Stimulés par une vive émulation, nous nous efforçons de démêler la vérité dans le tourbillon des idées nouvelles, et, suivant les péripéties de la lutte, de garder ou de reprendre le premier rang dans la marche en avant de l'armée aujourd'hui innombrable des chirurgiens.

« A l'avenir seul appartiendra le droit de dire quelle aura été notre influence sur l'évolution contemporaine de la chirurgie, et dût-il conclure que, tout compte fait, nous en aurons été surtout les régulateurs, la perspective de cette appréciation n'a rien qui doive nous alarmer. En attendant, nous luttons vigoureusement

dans le présent pour soutenir le bon renom de la chirurgie française, forts de notre impartialité, de notre sincérité et de l'appui moral de tous nos grands devanciers de ce siècle et des siècles précédents. »

Satisfaits ou non de cette réponse, nos maîtres ne pourraient du moins s'empêcher de rendre justice à vos efforts patriotiques, à votre activité soutenue. Je ne vois pas que celle-ci se soit relâchée pendant le cours de l'année 1889, et si le nombre de nos séances a été un peu moindre que d'habitude, c'est aux circonstances seules qu'il faut l'attribuer.

Indépendamment des questions relatives à la chirurgie abdominale, qui continuent à nous passionner, parce que sur ce terrain nous nous sommes fréquemment trouvés, depuis quelques années, en présence de problèmes délicats, vous avez abordé, à plusieurs reprises, d'autres sujets d'un très grand intérêt, tels que la suppression du drainage après les opérations, l'extraction des projectiles enclavés dans les os de la base du crâne, l'opération de Mikulicz-Wladimiroff, certaines variétés mal connues de kystes dermoïdes de la face, le traitement des anévrysmes par l'extirpation, les altérations des glandes submaxillaires consécutives aux calculs de ces glandes et de leur conduit excréteur, le traitement des fistules trachéales, l'extirpation des tumeurs malignes du rectum, la suture de la vessie après la taille hypogastrique, et bien d'autres, dont votre secrétaire annuel vous présentera dans un instant un résumé plus complet.

Je n'ajouterai qu'une remarque, déjà faite par mes prédécesseurs immédiats, c'est que le mémoire proprement dit disparaît de plus en plus de nos Bulletins, où il est remplacé d'une façon presque exclusive par des exposés de faits ou de procédés opératoires. Peut-être ne faut-il pas s'en plaindre trop amèrement, si cette tendance est simplement caractéristique de la phase actuelle de la chirurgie et si elle répond au besoin impérieux qui s'est emparé de nous tous d'établir ou de limiter les droits de la médecine opératoire, enhardie par la bénignité habituelle ou fréquente des interventions.

La prospérité de nos finances, gérées sagement par notre trésorier M. Schwartz, nous a permis de faire face largement, comme toujours, à nos frais de publication et à nos autres dépenses. Deux legs, dus à la généreuse initiative de Ricord et de Mme Huguier, ont arrondi récemment notre capital. Je vous invite à consacrer avec moi une pensée de reconnaissance à nos deux bienfaiteurs, et j'émets le vœu que le revenu des quinze mille francs qui nous sont échus soit appliqué pour une bonne part à l'insertion dans nos Bulletins de planches plus nombreuses que par le passé.

Ricord, dont je viens de prononcer le nom, est un des membres éminents de notre Société dont nous avons à regretter la mort. Deux de nos anciens présidents l'avaient précédé, Legouest et Maurice Perrin. En eux la chirurgie militaire a perdu deux de ses plus remarquables représentants. Notre secrétaire général va prononcer tout à l'heure l'éloge du premier et mettra en relief les qualités auxquelles il devait sa haute situation, comme il l'a fait déjà pour M. Perrin, dans une notice où se reflète fidèlement la personnalité sympathique qu'il a voulu dépeindre.

Donders, notre célèbre associé étranger, nous a été également enlevé cette année, et, en France, cinq de nos correspondants les plus dignes ont été frappés successivement : Denucé et Oré (de Bordeaux), Duboué (de Pau), Paquet (de Lille), Daniel Mollière (de Lyon), dont les journaux annonçaient la mort avant-hier, mort prématurée comme celle de Paquet, car tous deux ont succombé dans la force de l'âge et du talent. L'année 1889 aura donc été pour nous particulièrement funeste.

Deux demandes d'honorariat formulées par MM. Lannelongue et Després, deux démissions de correspondants nationaux ont fait d'autres vides dans nos rangs ; mais des élections diverses ont introduit parmi nous de nouveaux membres titulaires, associés, étrangers ou correspondants nationaux. MM. Brun et Gérard-Marchant sont des recrues dont je n'ai pas besoin de vous signaler la valeur ; MM. Pereira-Guimaraès (de Rio), Roux (de Lausanne), Wölfler (de Vienne) se recommandaient à vos suffrages par des titres scientifiques importants, par une notoriété déjà grande ; MM. Nimier, Chavasse et Tachard augmenteront dignement parmi nous la phalange de nos confrères de l'armée ; MM. Badal, Masse et Piéchaud (de Bordeaux), Le Prévost (du Havre), Rohmer (de Nancy), Duret (de Lille) seront pour nous, je n'en doute pas, d'actifs collaborateurs. Je suis heureux de souhaiter la bienvenue, en votre nom et au mien, à tous nos nouveaux collègues.

Je terminerais mal l'exercice de mes fonctions si je ne vous adressais mes remerciements pour votre bienveillance, qui me les a singulièrement facilitées. Pas une séance orageuse, pas un incident regrettable, à peine quelques escarmouches où je veux croire que l'ardeur des convictions était seule en cause, voilà le bilan de mon année de présidence. Escorté par un secrétaire général dont vous avez pu, pendant cinq années, apprécier la ponctualité toute militaire, et par des secrétaires annuels qui n'ont jamais failli à leur tâche ardue, je puis vous assurer que la direction de vos séances a été pour moi tout plaisir. Plût au ciel que les charges du pouvoir ne parussent jamais plus lourdes à ceux qui sont appelés à l'exercer, soit au sein de cette Société, soit ailleurs !

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTE

PENDANT L'ANNÉE 1889

Par M. S. Pozzi, secrétaire annuel.

Messieurs,

Il y a dans les anciennes institutions, comme dans les vieux monuments, quelque chose de vénérable qui fait retarder leur destruction longtemps après qu'elles sont devenues inutiles. Je crois que je trouverai peu de contradicteurs en avançant qu'au nombre de ces vestiges condamnés du passé se trouve le compte rendu de vos travaux présentés par votre secrétaire annuel dans cette séance solennelle. Quelles peuvent en être, en effet, la valeur et la portée? S'agit-il de faire passer devant vous la simple nomenclature des sujets dont vous avez abordé l'étude? — Une bonne table analytique des matières serait pour cela suffisante. Faut-il formuler un jugement sur le résultat de vos discussions et de vos controverses? — Certes, bien audacieux serait celui qui voudrait assumer cette tâche, et vous n'avez sûrement pas eu l'intention de l'imposer au plus jeune et au moins qualifié des membres de votre Bureau.

Le rôle qui m'incombe et que, fidèle à l'usage, je vais m'efforcer de remplir aujourd'hui, est donc aussi ingrat que mal défini; je ne saurais m'étonner que mes prédécesseurs à cette place, dont j'ai relu soigneusement les discours avec l'espoir toujours déçu d'y trouver un type uniforme et traditionnel, ne se soient rencontrés que sur un seul point : leurs doléances plus ou moins discrètes sur la difficulté de leur mission.

Pour moi, je vous l'avouerai sans détour, j'ai conscience de retarder, sans grand profit pour vous, le plaisir que vous allez avoir à écouter le discours de notre éminent secrétaire général. Je m'imposerai donc le devoir d'être aussi bref que possible, afin de ne pas vous faire payer trop cher la satisfaction que j'éprouve à prendre la parole pour vous remercier publiquement de l'indulgence et de la courtoisie qui ont si fort facilité la tâche du rédacteur de vos procès-verbaux.

Le compte rendu de vos travaux ne saurait les comprendre tous, faute de temps. Je ne m'étendrai donc quelque peu que sur les grandes discussions qui ont occupé plusieurs séances et amené à la tribune de nombreux orateurs. Je devrai ensuite me borner à une simple mention pour bien des travaux remarquables qui

auraient mérité une plus longue attention. Enfin, je serai réduit à passer sous silence plus d'une observation digne d'intérêt; j'en adresse d'avance mes excuses à leurs auteurs.

Un fait frappe tout d'abord à la lecture de notre dernier volume : c'est la place prépondérante qu'ont prise en chirurgie les organes génitaux de la femme. Dans vos bulletins de cette année, pourrait-on dire « *la gynécologie coule à pleins bords* ». C'est qu'en effet maintenant elle est sortie de la période médicale où la maintenait une thérapeutique timorée et indécise, pour entrer, avec l'ère antiseptique, dans une période chirurgicale où elle restera. Si tout chirurgien n'est peut-être pas encore un gynécologiste, il n'est pas douteux que tout gynécologiste ne doive être un chirurgien.

Plusieurs grandes discussions et un nombre considérable d'observations et de présentations de pièces sont relatives à ce sujet.

Au début de l'année prend fin la discussion si intéressante à laquelle avaient donné lieu les salpingites. M. Routier, qui avait eu le mérite de la soulever, apporte de nouveau une importante contribution. On sait que notre collègue a judicieusement soutenu une idée qui, depuis de nombreux travaux contemporains, a pris droit de cité dans la science; c'est qu'en dehors de l'état puerpéral, il faut considérer comme des salpingites et des périsalpingites, les inflammations du petit bassin qu'on désignait naguère encore sous les noms de phlegmons péri-utérins, de pelvipéritonites, d'adéno-lymphites, d'adénites juxta-pubiennes, etc.

M. Terrier, avec trois observations personnelles d'hystéropexie, attire l'attention sur le traitement chirurgical de la rétroversion par cette opération nouvelle. M. Routier en rapporte un cas où le redressement de l'utérus s'est fait spontanément après l'ablation d'un ovaire kystique et a été assuré par la fixation du pédicule ovarien à la paroi abdominale. M. L. Championnière donne deux observations. M. Trélat établit les indications respectives de l'opération d'Alexandre et de l'hystéropexie dans les rétroflexions : ce qui domine la question, c'est la possibilité de réduire certaines déviations et de les maintenir réduites; on doit réserver l'ouverture du ventre pour les cas irréductibles et douloureux, surtout si l'on est en droit de soupçonner en même temps une altération des annexes.

Ce parallèle entre la ventrofixation et le raccourcissement des ligaments ronds est encore revenu devant vous à propos d'un mémoire de M. Schwartz favorable à l'opération d'Alquié-Alexander. MM. Championnière et Terrier, que leur grande familiarité avec la laparotomie incline volontiers du côté de cette opération, font peu de cas de l'opération rivale. M. Trélat est encore venu fixer

leur domaine respectif, et MM. Bouilly et Segond se sont rangés à côté de lui. M. Bouilly et moi-même avons protesté contre l'abandon systématique du pessaire, si précieux dans beaucoup de cas.

Plus récemment, M. Richelot prôna devant vous une nouvelle opération contre la rétroflexion, l'hystéropexie vaginale de Nicoletis, qui, par une suture ingénieuse et compliquée, prétend redresser suffisamment le corps de l'utérus après l'amputation du col. J'ai émis quelques doutes sur la véritable interprétation des succès ainsi obtenus ; je les attribue simplement à la guérison de la métrite concomitante dont MM. Trélat et Bouilly ont bien montré le rôle capital.

L'hystéropexie n'a pas été pratiquée seulement pour la rétroversion, mais aussi pour la chute de l'utérus. M. Terrier, qui nous en avait déjà communiqué une première observation l'année précédente, nous en a apporté une seconde. Il s'agissait dans celle-ci d'un prolapsus utérin, compliqué d'une tumeur de la trompe, et notre collègue fait remarquer avec raison les relations qui peuvent exister entre ces deux affections ; la chute de l'utérus est une cause d'endométrite, et celle-ci une cause de salpingite qui peut suppurer ; d'où l'indication d'opérer vite pour réduire et maintenir le prolapsus. Reste à savoir si l'hystéropexie est pour cela le meilleur moyen ; or, c'est ce que l'expérience n'a pas encore péremptoirement démontré. Une observation de M. Polaillon vous a prouvé que cette opération n'était pas toujours sans danger.

Deux mémoires sur les corps fibreux de l'utérus ont été pour beaucoup de membres de la Société l'occasion d'exprimer le résultat de leur expérience sur des modes bien différents de traitement de ces tumeurs.

Le premier a été présenté par M. Terrillon, sur l'ablation par la voie vaginale des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation. M. Bouilly a apporté plusieurs observations à l'appui de cette opération qui, quoi qu'en ait dit M. Després, diffère radicalement de l'énucléation d'Amussat, et par les cas auxquels elle s'applique, et par sa technique, qu'a le premier bien fixée M. Péan.

Un second mémoire sur le traitement des corps fibreux par l'électricité, lu par M. Championnière en son nom et au nom de M. Danion, a soulevé une longue discussion. Il y avait longtemps déjà que cette question avait été agitée dans les sociétés savantes à l'étranger ; on pouvait s'étonner que la France, où ce traitement avait trouvé ses plus grands vulgarisateurs, fût le pays où il était le moins sérieusement discuté. Désormais, il n'en est

plus ainsi. MM. Bouilly, Segond, Le Dentu, Trélat, Berger, Nicaise, Terrillon, Polaillon, Terrier, ont successivement exprimé leur avis basé sur leur expérience. Il semble en résulter que si l'électricité ne légitime pas les promesses excessives qu'on a cru parfois pouvoir faire en son nom, elle constitue cependant un moyen thérapeutique précieux propre à soulager les douleurs et à diminuer les hémorrhagies, dans les cas où l'on ne veut pas et dans ceux où l'on ne peut pas opérer.

Outre ces grandes discussions relatives à la gynécologie, je signalerai sur le même sujet quelques communications particulièrement intéressantes : de M. Terrillon, un mémoire sur les corps fibreux pédiculés douloureux traités par la laparotomie et la présentation d'un sarcome du fond de l'utérus enlevé avec succès ; de M. Championnière, une pièce de fibrome avec épanchement sanguin central; de M. Routier, une myomotomie pratiquée heureusement au quatrième mois de la grossesse sans que celle-ci fût interrompue ; de votre secrétaire annuel, un énorme fibrome intraligamenteux, extirpé avec guérison rapide, malgré une blessure de la vessie ; une opération césarienne, mère et enfant vivants, de M. Bouilly; une grossesse extra-utérine, ablation totale du kyste fœtal et guérison, par M. Quénu; remarquable surtout par cette technique opération, encore exceptionnelle et soumise aux discussions ; une grossesse tubaire récente, guérie par la laparotomie, de M. Bouilly. Enfin je ne saurais oublier les nombreuses opérations d'ovariotomies et d'ablations d'annexes contenues dans les relevés opératoires de MM. Championnière et Terrillon.

La chirurgie abdominale, qui tient déjà une si grande place dans la gynécologie dont je viens de montrer la part prépondérante, s'est encore imposée d'une autre manière à vos discussions. Le traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu de petit calibre qui vous avait déjà occupés en 1888, est revenu devant vous en 1889, à la suite d'une observation de M. Berger. Celle-ci était bien faite assurément pour donner naissance aux controverses : c'était un exemple frappant des mécomptes que peut donner l'intervention active, même dans les cas les plus favorables en apparence. Il s'agissait, vous vous en souvenez, d'une opération faite dans des délais très courts, avec toutes les précautions antiseptiques; or, bien que l'intervention ait permis de reconnaître et de fermer toutes les plaies de l'intestin, non seulement elle n'empêcha pas la mort, mais encore elle en précipita le moment. M. Berger mettait en parallèle cet insuccès de la laparotomie avec la simplicité d'évolution et la guérison présentées par certaines blessures du même ordre traitées par l'expectation, dont il rapportait

un bel exemple. Les conclusions de notre collègue n'étaient pas exemptes d'une certaine ironie amère à l'égard des interventionnistes : « Pour considérer la laparotomie, dans les plaies par armes à feu de l'intestin, écrivait-il, comme une des conquêtes de la chirurgie moderne, il faudrait une dose peu commune d'illusions ou d'optimisme chirurgical. »

M. Chauvel a justement réagi contre cette tendance, et il n'a pas hésité à affirmer que si nous n'obtenions pas de meilleurs résultats, c'était : 1° parce que nous opérions trop tardivement; 2° parce que nous n'avions pas la pratique de ces opérations comme les Américains, par exemple, qui n'ont que 70 0/0 de mortalité. M. Kirmisson a aussi insisté sur l'exemple qui nous est offert par les beaux succès d'au delà de l'Atlantique ; MM. Terrier, Quénu et Peyrot sont venus joindre leur adhésion à la doctrine de l'intervention active et précoce. M. Trélat a fait remarquer justement que si les résultats de la laparotomie étaient en pareil cas déplorables chez nous, cela était dû surtout aux mauvaises conditions qui nous sont offertes dans les hôpitaux où nous opérons ; la logique, en tout état de cause, est d'intervenir toujours. Une observation de M. Périer a bien montré que la guérison obtenue par l'expectation pouvait n'être qu'apparente, et une mort presque subite survenir par destruction des adhérences. D'autre part, deux observations de M. Nélaton prouvent péremptoirement que la péritonite consécutive aux plaies pénétrantes de l'abdomen peut survenir d'une manière insidieuse et larvée, sans signes caractéristiques, de telle sorte que suivre la pratique dite de l'expectation armée équivaut à attendre des symptômes qui indiquent, dans bien des cas, non pas le début de l'inflammation, mais la péritonite confirmée suppurée. Il y a plus : les premiers signes de l'inflammation péritonéale peuvent être causés par une péritonite adhésive favorable et qu'il faut respecter. Par suite, c'est une mauvaise pratique que de prendre pour guide de l'intervention des symptômes qui peuvent tour à tour commander une opération lorsqu'il n'en est pas besoin, ou faire intervenir trop tard lorsque la péritonite est déjà généralisée.

Pourquoi du reste redouter une laparotomie précoce, alors même qu'elle devrait demeurer exploratrice et démontrer qu'il n'y a ni plaie viscérale à suturer, ni vaisseaux donnant du sang à oblitérer ? Cette timidité ne provient-elle pas de la crainte excessive de l'ouverture du ventre, d'un reste de cette antique terreur du péritoine dont a fait justice la chirurgie moderne ? « Toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères, et la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même », dit excellement M. Terrier. On parle, il est vrai, des dangers excessifs de l'exploration attentive du tube digestif dans toutes ses parties, du déroulement labo-

rieux de l'intestin ; — mais cet examen ne peut-il pas être fait rapidement et sans dangers, par un chirurgien expert, opérant dans une salle bien chauffée et sur des compresses-éponges humides et chaudes protégeant exactement les viscères ? Une *éviscération* complète n'est même pas nécessaire, et les anses intestinales peuvent être passées en revue très vite, successivement, par petits paquets: c'est une affaire d'habileté technique et d'habitude opératoire.

Du reste, avant de pratiquer la laparotomie, et afin de se mettre en garde contre la possibilité de faire une opération inutile (car une observation de M. Michaux rapportée par M. Berger vous l'a encore prouvé, le diagnostic de plaie pénétrante peut être douteux), l'exploration du trajet de la bulle doit être fait soigneusement avec le doigt d'abord, comme M. Reclus le recommande et le croit suffisant, avec une incision au besoin, selon le conseil de M. Chauvel. Cet examen conduit-il à la conclusion de la pénétration ? Faites sans hésiter la laparotomie, pour voir si vous ne trouvez pas dans le ventre à placer une suture ou une ligature.

Telles sont, rapidement esquissées, la doctrine et la pratique de ceux qui dans ce débat peuvent s'appeler par abréviation les *interventionnistes*. Je voudrais pouvoir résumer de même les arguments de la doctrine contraire dont M. Reclus s'est fait ici à plusieurs reprises le brillant champion. Mais je désespère d'arriver sinon à résumer ses arguments, du moins à vous donner une idée de l'habileté pleine de souplesse et de charme qui ont donné un si vif intérêt à ce débat.

Réduite à sa plus simple et plus sèche expression, l'argumentation de notre collègue *abstentionniste* me paraît être celle-ci : 1° les guérisons spontanées sont fréquentes : cette année même on nous en a communiqué de nombreux exemples (deux observations de M. Baudron, de Nice; une observation de M. Guert, observation déjà citée de Berger ; observation de Reclus) ; 2° d'autre part l'intervention est dangereuse ; elle donne une mortalité *effrayante*, 80 0/0 et non 70 0/0 comme l'a dit M. Chauvel ; il n'y a en France que des échecs, sauf un cas de Vaslin qui a bénéficié d'une faute de technique (examen incomplet de toute la longueur du tube digestif). Il n'est donc nullement prouvé qu'il soit moins dangereux d'attendre que d'agir pour suppléer au défaut d'adhérence par la suture. Laissez le traitement de la perforation à la nature. N'agissez que si vous avez un signe certain que la plaie n'a pas de tendance à se fermer seule, tympanisme, péritonite, ou enfin si une hémorrhagie interne avérée vient vous forcer la main.

Au fond do cette doctrine, il est impossible de ne pas reconnaître la pensée intime que la laparotomie et l'examen de l'intérieur

du ventre sont chose *très grave*. Là est, à vrai dire, le nœud même du débat, celui qui le rend insoluble *théoriquement*. Pour ma part je suis persuadé, avec beaucoup de mes collègues, que cette opération exploratrice du ventre est aussi légitime que l'examen avec le doigt du trajet de la plaie, et qu'elle ne sera pas plus dangereuse entre les mains d'un chirurgien rompu à la pratique des laparotomies, bien aidé et bien outillé. Tout se réduit, en somme, à une question d'installation, de technique, et d'habileté individuelle.

Des succès encourageants vous ont déjà, du reste, été communiqués : M. Nélaton a suturé heureusement une plaie de l'intestin par instrument tranchant, en n'explorant à la vérité que les anses voisines, ce qui rendait l'opération plus chanceuse quoique moins grave. Enfin M. Jalaguier vous a communiqué une belle observation de plaie de l'estomac par balle de revolver avec hémorrhagie interne causée par la blessure de l'artère coronaire stomachique. Guidé par la seule considération du tympanisme qui lui indiquait la blessure évidente du tube digestif, il a fait la laparotomie deux heures et demie après l'accident, et a été assez heureux pour arracher ainsi le blessé à une mort certaine. Cette observation prouve que dans toutes les opérations de ce genre on peut découvrir des lésions qu'on n'aurait pas sans cela soupçonnées.— N'est-ce pas la démonstration même de leur utilité capitale?

La discussion que n'avait pas épuisée une première joûte oratoire, a repris de plus belle à la suite de cette communication et nous a procuré de nouvelles remarques de MM. Reclus, Championnière, Kirmisson, Quénu, Berger et Le Fort.

La chirurgie abdominale a été encore l'occasion de mémoires et d'observations qui mériteraient plus qu'une simple mention. M. Latouche vous a fait connaître, par l'intermédiaire de M. Terrillon, une observation de cholécystotomie suivie de mort, au bout de deux mois, par troubles hépatiques. Le rapporteur a cité deux observations personnelles de cette opération nouvelle, si brillante dans ses resultats immédiats, mais dont les suites tardives demandent de nouvelles recherches. M. Jalaguier en a aussi communiqué un cas.

Les kystes hydatiques du foie et leur traitement par l'incision large en un seul temps ont été l'objet d'un rapport substantiel de M. Segond à propos d'un fait de M. Leprévost et d'une communication de M. Richelot. M. Quénu vous a raconté l'histoire d'un kyste de la rate suppuré avec perforation des bronches, guéri par l'incision transpleurale.

Je citerai encore parmi les opérations relatives au tube digestif : un mémoire sur la section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature, par M. Richelot ; une observation de gastrotomie par incision sur la ligne médiane, pour retirer une fourchette de l'estomac, par M. Terrier ; un rapport fait par M. Monod, avec sa conscience et son érudition habituelles, sur des observations de gastro-entérostomie de M. Roux (de Lausanne), à la suite duquel j'ai communiqué une observation personnelle de cette opération qui inspire encore chez nous des défiances peut-être exagérées.

Enfin, à côté du chapitre des laparotomies par la paroi antérieure de l'abdomen, on peut placer les laparotomies par la paroi postérieure et le plancher pelvien. Cette nouvelle voie pour entrer audacieusement dans la cavité péritonéale, après résection du coccyx et d'une partie du sacrum, a été suivie par notre collègue Routier et lui a permis, à l'exemple de Kraske, d'aller extirper une portion du rectum, inaccessible par les voies naturelles, tout en conservant le sphincter. M. Terrier a rapporté des opérations de résection du rectum qui ont avec l'opération précédente quelque analogie, au milieu de dissemblances qui ne permettent pas de les confondre.

M. Nélaton a attiré votre attention sur une question qu'a mise à l'ordre du jour, dans une autre enceinte, un important rapport de M. Verneuil, le traitement chirurgical du prolapsus du rectum. M. Nélaton a obtenu un résultat très beau par la résection de la partie polabée. M. Verneuil vous a fait connaître un procédé extrêmement ingénieux de suture, propre à maintenir la réduction de l'intestin en partie excisé postérieurement. MM. Schwartz, Le Dentu, Routier, Delens ont, à cette occasion, présenté des considérations intéressantes sur le traitement par les divers modes de cautérisation. M. P. Segond a eu un succès par l'extirpation.

Les organes génito-urinaires de l'homme n'ont fourni, cette année, que peu de matériaux à vos débats. Le seul sujet qui ait provoqué quelque discussion est celui de la fixation, au fond des bourses, du testicule en ectopie compliquée ou non de hernie ou d'hydrocèle congénitale. Cette opération, que M. Tuffier appelait *célorrhaphie* dans un travail auquel M. Championnière a servi de rapporteur, serait plus justement nommée, m'a-t-il semblé, *orchidorrhaphie* ou *orchidopexie*. MM. Monod, Kirmisson, Richelot ont tour à tour abordé le manuel opératoire et les indications.

Une observation de néphrectomie pour néphrite suppurée, de M. Poisson, a été rapportée par M. Terrier ; une autre, pour rein

kystique, donnée par M. Monod. M. Chaput nous a communiqué un cas remarquable de rupture de l'uretère et du côlon ascendant par coup de pied de cheval : suture de l'intestin, néphrectomie, guérison.

La suture immédiate de la vessie, après l'opération de la taille, est assurément l'idéal, et tout porte à croire qu'à l'avenir elle pourra être tentée dans nombre de cas. Je vous en ai cité un exemple que rendent particulièrement intéressant le grand âge du sujet et le volume du calcul. M. Schwartz vous a cité un cas du même ordre, et M. Championnière vous a rappelé qu'il avait suturé heureusement une longue déchirure accidentelle du réservoir urinaire. C'est ce que j'ai fait de nouveau dans le cas de corps fibreux intra-ligamentaire où la vessie avait été blessée pendant l'hystérectomie.

Les traumatismes de l'urèthre donnent lieu à des difformités et à des lésions dont la guérison est difficile. M. Le Dentu, dans un cas de section complète de l'urèthre et des téguments du pénis, a obtenu une réparation suffisante par deux opérations autoplastiques.

Après l'uréthrotomie externe, M. Kirmisson a fait avec succès la suture primitive ou la suture secondaire de l'urèthre et du périnée.

La médecine opératoire, appliquée aux affections chirurgicales des membres, tient une large place dans vos travaux, mais elle est réduite presque toujours à des observations isolées. Le sujet le plus important de vos discussions a été relatif aux anévrysmes. M. Trélat, à propos d'un anévrysme artério-veineux proplité, a formulé les principes qui doivent guider dans la double ligature et l'extirpation du sac; il y est revenu en vous rapportant l'observation d'un anévrysme traumatique de l'humérale extirpé par M. Cellier, de Laval. D'autres cas, intéressants à divers titres, vous ont été communiqués : par M. Valladarez, de Rio-Janeiro, anévrysme de la sous-clavière gauche traité par les courants continus, dont l'interprétation a soulevé quelques contestations ; par M. Routier, anévrysme proplité ayant causé la gangrène de la jambe, amputation, guérison ; par M. Pluyette, anévrysme du pli du coude chez un cardiaque albuminurique, guéri par la ligature, et suivi de près par la mort de l'opéré; par M. Ehrmann, anévrysme poplité, guéri par la compression avec persistance après deux ans et neuf mois d'une paralysie des extenseurs, survenue pendant le traitement.

Une observation de M. Routier, relative à une tumeur ou anévrysme cirsoïde de la main, a soulevé une courte mais intéressante

discussion entre MM. Quénu, Le Dentu, Polaillon, Tillaux, Pengrueber, Trélat, Peyrot, Pozzi.

L'opération de Wladimiroff-Mikulicz a été étudiée avec un soin extrême par M. Berger, dans une communication étendue et dans un rapport présenté sur des cas de M. Chaput. Il a décrit minutieusement le manuel opératoire, et préconisé une incision externe analogue à celle de Hilton pour l'extirpation du calcanéum.

La suture de la rotule après les fractures de cet os enregistre cette année de nouveaux succès. M. Championnière, en vous présentant un de ses opérés, a affirmé de nouveau que la suture était leur véritable traitement. M. Kirmisson a guéri de la sorte une fracture itérative, et M. Delens une fracture non consolidée datant de trois mois.

Je ne puis, malgré leur intérêt, accorder plus qu'une simple mention aux observations de M. Després, extirpation de la clavicule ; de M. Lannelongue, sur l'extension continue dans les affections du membre inférieur et sur un nouvel appareil destiné à l'appliquer; de M. Th. Anger, traitement de l'ongle incarné, etc.

A propos de la chirurgie de la tête et du cou, je dois aussi être très bref, et renoncer à résumer ici les intéressantes remarques sur la recherche immédiate des projectiles dans l'oreille, provoquées par le rapport de M. Chauvel sur une observation de M. Tachard, et suscitées de nouveau par M. Kirmisson, qui a extrait une balle logée dans le rocher. L'autoplastie de la face, selon le procédé de Thiersh, par M. Monod; les kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire et de la région sushyoïdienne, étudiés par M. Lannelongue, le traitement des fistules trachéales; les altérations des glandes sous-maxillaires consécutives aux calculs de ces glandes et de leur conduit excréteur, exposé par M. Berger — mériteraient à coup sûr de m'arrêter longuement, mais je dois me borner à cette énumération.

La trépanation, appliquée aux traumatismes du crâne et aux lésions du cerveau, est demeurée une question à l'ordre du jour. Vos bulletins lui apportent cette année, comme les précédentes, un contingent précieux avec les observations de MM. Terrillon (abcès de la surface du cerveau, mort cinq jours après une amélioration passagère) ; — Tillaux (contusion du cerveau, dont les lésions anatomiques ne sont pas en rapport avec les données physiologiques actuelles sur les centres moteurs); — Kirmisson (présentation d'une pièce relative à une fracture du crâne, déductions sur le trépan primitif dans ses rapports avec les localisations cérébrales); — Pousson (traitement chirurgical des néoplasmes perforant la voûte du crâne).

La pathologie générale n'a pas été totalement négligée au milieu des préoccupations essentiellement opératoires qui caractérisent notre époque, et dont vous subissez l'influence. Un rapport de M. Reclus, sur une observation d'aïnhum de M. José Pereira Guimaraès (Rio-Janeiro), est une étude complète, et sans doute définitive, des questions litigieuses que soulève cette curieuse affection. M. Richelot vous a lu un mémoire sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés. Enfin une discussion à peine épuisée, relative au traitement chirurgical du lymphadénome, soulevée par M. Reclus, touche par trop de points aux liens qui relient la pathologie générale à la thérapeutique pour ne pas trouver ici son indication.

La technique de l'antisepsie se perfectionne chaque jour. La stérilisation des instruments par la chaleur, la suppression du drainage, ont été portées devant vous par MM. Terrier et Jules Bœckel.

M. Reynier vous a présenté de sages remarques sur la chloroformisation et l'utilité d'user d'un agent récemment rectifié.

Tel est, Messieurs, l'exposé trop long, quoique incomplet et imparfait, je vous l'ai avoué dès le début, de vos travaux pendant l'année 1889.

En le relisant, dans sa sécheresse décolorée, je me suis pris à regretter qu'il ne me fût pas possible, au lieu d'une simple nomenclature, de faire passer sous vos yeux un tableau plus vivant de vos réunions. Peut-être un jour viendra-t-il, vers le xx[e] siècle, où l'un de nos neveux en chirurgie, justement epris de vos travaux, cherchera, en feuilletant le volume de cette année, à retrouver quelque peu l'accent de la voix et la physionomie des divers orateurs. Certes, le compte rendu annuel cesserait d'être une formalité inutile, s'il lui était possible de combler cette lacune! Que ne puis-je prendre par la main ce lecteur bénévole de l'avenir, lui faire gravir les marches usées et penchantes du vieil escalier de pierre de l'Abbaye, et l'introduire dans cette chambre haute, moins grande que l'antichambre d'un ministère, où se discutent, tous les mercredis, de quatre à cinq heures, les questions les plus difficiles de l'art de guérir. Il admirerait la parole à la fois pleine d'autorité et de charme qui domine nos débats dans les questions élevées de pathologie générale; l'éloquence incisive et imagée qui excelle à élucider les indications opératoires difficiles, qu'il s'agisse de la déviation de l'utérus ou des anévrysmes des membres; il serait séduit par l'élégance diserte que celui-ci met à prôner l'abstention opératoire, par la véhémence convaincue de ceux-là, défenseurs

de l'intervention hardie,soit pour les plaies pénétrantes de l'abdomen, soit pour la lymphadénome; enfin, tout en s'étonnant sans doute d'un scepticisme aussi obstiné, il ne pourrait s'empêcher d'applaudir à la verve mordante du dernier partisan du cérat et des cataplasmes.

Dans ces temps futurs, sans doute il ne restera plus que le souvenir de tout ce qui nous entoure. La salle de vos réunions aura été abandonnée pour une autre plus digne de la Société. Un auditeur étranger ne sera plus exposé, pour peu qu'il arrive tardivement, à ne pas trouver une place dans l'espèce de couloir seul réservé au public ; les livres et les archives ne seront plus empilés, inaccessibles, dans un cabinet exigu, et la fonction de bibliothécaire-archiviste aura cessé d'être une sinécure, mettant son heureux titulaire à l'abri de tout dérangement.

Alors aussi, chers maîtres et chers collègues, vous figurerez, pour la plupart du moins, j'ose le dire, dans les cadres appendus aux murs de la nouvelle salle, à la suite des portraits de vos aînés, de ces illustres prédécesseurs qui ont enseigné la chirurgie au monde entier, et surtout à ceux mêmes qui ont maintenant la prétention de vous l'apprendre.

Et quand ce temps sera venu, à leur tour vos successeurs, dont vos travaux actuels auront préparé et assuré les progrès, pourront vous rendre cette justice que, dans cette année mémorable de 1889, vous avez contribué par vos travaux, dans une large mesure, à l'œuvre, maintenant achevée, du relèvement national.

ÉLOGE DE M. L. LEGOUEST

MÉDECIN INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARMÉE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ANCIEN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
ET PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PAR M. CHAUVEL
Secrétaire général.

S'il y eut des années heureuses où, respectant tous les âges, la mort ne fit aucun vide dans notre Société, nous venons de traverser une période bien cruelle. Dans l'espace de quelques mois, la Chirurgie militaire, frappée dans ses plus nobles représentants, a vu disparaître Poulet, un de nos très jeunes collègues; Legouest et Maurice Perrin, que l'honorariat avait éloignés de nous, sans les en séparer complètement. Le premier, par de nombreux et remarquables travaux, avait déjà donné la mesure de son intelligence et de ses facultés créatrices; les deux autres, maîtres honorés, devaient à un brillant passé scientifique leur autorité incontestée.

Comme eux, médecin de l'armée, appartenant comme eux à l'École du Val-de-Grâce, j'aurais aimé à les réunir dans un commun éloge, à montrer, près des chefs éminents du Corps de santé militaire, leur élève, destiné, lui aussi, à atteindre les plus hauts sommets, si sa vie n'avait été brisée avant la maturité par l'excès même de son activité laborieuse. Plus que le temps, le courage m'a manqué pour accomplir cette œuvre. Trop lourde pour mes forces, elle eût été surtout trop douloureuse, car j'avais pour Poulet autant d'affectueuse estime que j'éprouvais de respect et de vénération pour MM. Legouest et Maurice Perrin.

Revenu, pour y mourir, à l'hôpital du Val-de-Grâce, Poulet a trouvé dans ses supérieurs, dans ses camarades, dans le corps médical tout entier, d'éloquents interprètes de son talent et de ses œuvres. Rien ne lui a manqué à ce moment suprême où se ferme la tombe, ni les larmes des siens, ni les sympathies de la médecine militaire, et, si modeste qu'il soit, un monument funéraire élevé par ses amis et collègues protège contre l'oubli son nom et le souvenir du sillon qu'il a creusé.

Maurice Perrin, mort loin de la capitale, repose auprès de ses parents, dans sa ville natale, à Vézelise, où le conduisaient chaque été les pieux souvenirs de son enfance et les affections de la

famille. J'ai dit ailleurs ce que fut ce maître aimable, sympathique, dont les travaux ont illustré la Médecine militaire, qu'il avait préférée; l'École du Val-de-Grâce, qui s'honore de l'avoir compté parmi ses chefs; l'Ophtalmologie, dont il fut, en notre pays, un des plus éminents représentants.

Legouest n'a pas eu jusqu'ici de panégyriste. Tristes, nous l'avons conduit jusqu'à sa dernière demeure, respectueux du silence qu'il avait à tous imposé. Sans doute, dans les longues heures de souffrance et d'insomnie qui précédèrent pour lui la fatale échéance, il s'était dit que des discours funéraires, œuvres forcément hâtives, rien ne reste après quelques jours. Cet homme un peu sceptique, sévère pour lui-même comme pour les autres, demandait une appréciation basée sur une étude sérieuse de ses travaux scientifiques, sur une connaissance approfondie de sa vie militaire. Cette tâche, je l'ai entreprise comme un devoir, je l'ai poursuivie avec conscience, et je suis heureux, moi qui fus son élève et plus tard presque son ami, de venir aujourd'hui rendre publiquement justice à un homme dont la froideur et la rudesse apparentes ont, pour la majorité peut-être de ceux qui l'approchaient, obscurci le mérite et la haute valeur.

Legouest, Venant-Antoine-Léon, naquit à Metz le 1er mars 1820. Son grand-père, officier, était originaire de la Bretagne. Son père, militaire, lui aussi, fit comme médecin les dernières campagnes de l'Empire. Licencié lors de la Restauration, il reprenait plus tard du service et devenait, de 1823 jusqu'à 1830, chirurgien-major de la garde royale. A la chute des Bourbons, tourmenté par la santé délicate de sa femme, dont il avait dû se séparer, il abandonna définitivement la carrière militaire. Etabli à Sarrebourg, près de ses beaux-parents, il y exerça la médecine pendant plus de vingt années et put jouir encore des premiers triomphes de son fils.

C'est à Sarrebourg, près de sa mère souffrante, que M. Legouest passa ses premières années. A onze ans, il entrait au collège de Nancy pour y poursuivre ses études; mais les vacances le ramenaient chaque été près de sa famille, et dans ces campagnes lorraines où régnaient vivaces les souvenirs de l'invasion et de ses hontes, il puisait, avec l'amour de la patrie, le désir de prendre dans l'armée la place que son père y avait laissée vacante.

Un homme des plus remarquables, un chirurgien éminent, Bégin, dirigeait alors l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, en même temps qu'il professait à la Faculté de médecine. M. Legouest père l'avait rencontré sur les champs de bataille de l'Empire, ils s'étaient unis d'amitié, c'est à lui qu'il confia son fils. « Allons, dit Bégin, en recevant le nouveau disciple, nous tâcherons de faire quelque chose de ce grand garçon-là. » Le grand

garçon se montra digne, par son travail, de la bienveillance du collaborateur de Sanson et de Dupuytren.

Élève le 11 janvier 1839, il est nommé sous-aide-major vers la fin de l'année, et s'embarque en décembre pour rejoindre les ambulances de l'Algérie. Deux ans plus tard, rentré en France, il gagne le grade de chirurgien aide-major commissionné, mais n'en reçoit le brevet qu'en 1845, lorsqu'une excellente thèse sur la *Pneumonie traumatique* l'a fait docteur en médecine de la Faculté de Paris. Avec son brevet lui arrive une nomination nouvelle aux hôpitaux de la province d'Alger.

La colonie africaine, la terre au ciel pur et au soleil brûlant, n'était pas alors le pays superbe et tranquille qui donne asile chaque hiver à nos malades chassés par les frimas. L'existence du soldat, comme celle du médecin militaire, son compagnon de tous les instants, se passait en alertes, en prises d'armes, en expéditions sans cesse renouvelées. Vaincu, refoulé, épuisé, mais toujours redoutable, Abd-el-Kader, l'Emir, le Prophète, signalait son existence par ces apparitions soudaines, ces attaques imprévues, ces razzia foudroyantes, qui jetaient la terreur dans les tribus à peine soumises et maintenaient en un perpétuel qui-vive nos troupes harassées et nos généraux désorientés.

Pendant trois années encore, de 1845 à 1848, M. Legouest, déjà familiarisé par deux campagnes de guerre, participa à cette vie mouvementée, à ces luttes qui, pour les chirurgiens eux-mêmes, n'étaient pas toujours sans danger. S'il n'y rédigea ni observations ni mémoires, il y acquit l'expérience, l'habitude de l'action et du commandement, l'esprit d'initiative et de décision, la connaissance des difficultés de la chirurgie de bataille.

A son retour en France, le jeune aide-major passa dans le service régimentaire. A cette époque, le corps de santé de l'armée comprenait trois classes distinctes : médecins, chirurgiens, pharmaciens. Dans les corps de troupe, on était forcément chirurgien, soit aide-major, soit major. Uniquement attachés, au contraire, aux hôpitaux et aux ambulances, les médecins gardaient précieusement un dernier reflet de leur prééminence de jadis; on n'entrait dans leurs rangs que par concours. M. Legouest se présenta; il fut nommé médecin adjoint le 4 janvier 1851 et placé à l'hôpital militaire de Lyon. Le décret de 1852, qui supprimait toute distinction entre les médecins et les chirurgiens de l'armée, préparant ainsi la fusion des idées et l'unité des aspirations vers une indépendance depuis longtemps convoitée, ramena notre jeune médecin adjoint au grade d'aide-major de première classe et le rendit à la chirurgie.

Au contact des maîtres de Lyon, il s'était remis au travail. Un

concours s'ouvrait à l'École d'application du Val-de-Grâce, tout nouvellement créée, pour une place d'agrégé de chirurgie; il s'y présenta résolument (janvier 1853). La lutte fut vive. Tharsile Valette, alors médecin-major, jadis professeur d'anatomie dans un hôpital d'instruction, et connu par un travail remarquable sur la ligature de l'artère occipitale, était le candidat désigné par l'opinion. Il échoua cependant, et Legouest fut nommé, surtout, m'a-t-on dit, en raison de la netteté et de la précision de ses idées, de sa clarté d'exposition, de la sûreté de son jugement. La récompense ne se fit pas attendre : le 11 juin 1853, il était promu médecin-major de seconde classe.

Avec le succès, l'ambition s'était éveillée. De son séjour à Lyon, peut-être; de longues causeries avec un de nos honorés collègues, le professeur Servier, apparenté aux grands chirurgiens lyonnais, était née en l'esprit de M. Legouest la pensée de concourir pour le majorat à l'Hôtel-Dieu de Lyon. On comptait sur sa venue, et Bonnet, appréciant ses qualités chirurgicales et sa maturité d'esprit, l'eût accueilli avec faveur. Soit crainte d'un échec, soit appréhension des difficultés qu'il pourrait rencontrer dans une ville où il arrivait en étranger, inscrit, venu jusque dans la place, il se retira avant la première épreuve.

En 1854, nos troupes se battaient et mouraient en Crimée, les hôpitaux de Constantinople, encombrés, manquaient de chirurgiens habiles aussi bien que de médecins. L'École du Val-de-Grâce leur fournit une partie de son personnel. Comme chirurgiens : Lustreman, Mounier, professeurs; Legouest, professeur agrégé. La conduite de ce dernier y fut particulièrement remarquée, et sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur, insérée au *Moniteur officiel* du 16 mars 1855, était accompagnée de cette citation élogieuse du général en chef : « Pour avoir accompli avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge sa tâche pénible et difficile dans les hôpitaux de Constantinople. » Rentré au Val-de-Grâce, après Sédillot, Marchal de Calvi, Michel Lévy, après notre vénéré maître, le baron H. Larrey, il voulut conquérir le titre si justement considéré d'agrégé de la Faculté de Paris.

C'était en 1857 ; les concurrents étaient nombreux, douze furent admis aux épreuves définitives. J'y vois Bauchet, Foucher, Béraud, frappés par la mort avant l'âge ; Ollier, le chirurgien éminent qui compte parmi nos honoraires; le professeur Trélat, dont la parole élégante et sûre sait si bien préciser les termes d'un problème chirurgical et en fournir la solution exacte. Malgré de bonnes épreuves et une thèse remarquable, Legouest ne fut pas nommé. De luttes aussi difficiles, on peut sortir vaincu, on ne sort jamais diminué; le jeune médecin-major en eut bientôt la preuve.

Quand un des vénérés doyens de la médecine militaire, le Maître affable qui présidait naguère le quatrième Congrès français de chirurgie, quitta sa chaire du Val-de-Grâce pour les hautes fonctions d'Inspecteur du service de santé de l'armée, son agrégé en fonctions, M. Legouest, fut appelé à le remplacer. Assuré désormais de la stabilité, il put se livrer complètement à l'enseignement et à ses recherches scientifiques. Si la guerre d'Italie vint l'enlever à son école, ce ne fut qu'une bien courte absence. Nommé médecin en chef du 5e corps d'armée le 20 avril 1859, il rentrait à Paris dès la fin de septembre, n'ayant pu prendre qu'une part bien minime à la chirurgie active.

Pendant douze années, médecin-major et plus tard médecin principal, M. Legouest remplit avec une conscience, avec une exactitude remarquables ses fonctions de professeur. C'est pendant cette période de sa vie (1855-1870) que, par ses nombreux et remarquables travaux, il vit s'ouvrir devant lui les portes de toutes les compagnies savantes. Membre correspondant de la Société de chirurgie en 1855, membre titulaire en 1858, il en devint bientôt le secrétaire annuel (1860) et quelques années après le secrétaire général. En 1867, il entrait à l'Académie dans la section de médecine opératoire, compétiteur heureux de chirurgiens qui se nommaient Chassaignac, Verneuil, A. Guérin, Demarquay, Giraldés. Être préféré à de tels hommes, n'était-ce pas le droit d'être fier.

Bien que les problèmes de la chirurgie d'armée aient été l'objet des plus importantes recherches de notre regretté maître, il sut aussi diriger ses études vers la pratique ordinaire. Sa thèse de doctorat sur la *Pneumonie traumatique* trace de cette affection, en s'appuyant sur l'observation et sur des expériences personnelles, une histoire que l'on consulte encore avec fruit. La même année 1845, il pratique, le premier peut-être en France, une injection de teinture d'iode dans une pleurésie suppurée, et obtient une complète guérison.

Agrégé du Val-de-Grâce, il a compris qu'il doit soutenir la réputation naissante de l'École d'application, dont l'enseignement supérieur et complémentaire exige des connaissances spéciales. A point, la guerre d'Orient vient apporter au jeune chirurgien des matériaux de haute valeur. C'est à la pratique des hôpitaux du Bosphore que nous devons : la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée, les mémoires sur les congélations observées pendant l'hiver de 1854-1855 et sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe. Plaidoyer contre l'amputation primitive de la hanche, description de l'engelure chronique, appréciation motivée de la valeur des sections longitudinales et transversales de l'extrémité du membre

inférieur, étude de ces opérations et de leurs conséquences éloignées, ces productions scientifiques, premières en date, portent le cachet que conserveront toutes les œuvres de notre éminent collègue : la précision, la clarté, le bon sens, unies à un grand souci de la forme.

Outre sa thèse d'agrégation en chirurgie: Des kystes synoviaux de la main et du poignet (1857), nous signalerons: Une note sur le traitement des uréthrites par les injections de chlorure de zinc (1857), une observation de fracture indirecte et isolée de la dernière fausse côte (1859); des mémoires : sur les fractures du calcanéum par écrasement, sur la rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen (1860), et une Lettre à l'Académie de médecine sur l'ostéo-myélite des amputés, en réponse aux doctrines trop exclusives soutenues par Jules Roux dans une monographie de tout point remarquable.

Mais de 1855 à 1870, pendant plus de quinze années, c'est dans notre Société de chirurgie que M. Legouest montre toute sa puissance de travail. Pas de volume de nos Bulletins qui ne contienne un nombre considérable de ses communications, pas de discussion intéressante à laquelle il n'ait pris part. Citer tous ses travaux me serait impossible, pardonnez-moi d'y avoir fait un choix. Il expose en 1857 ses idées sur les amputations pour congélations, le traitement par la méthode ancienne des petits anévrysmes traumatiques. Dans l'année 1858, je note : des remarques sur l'impureté du chloroforme et la difficulté de le doser, sur l'insuffisance de la voie artificielle créée par les procédés de Manne-Nélaton pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. 1859 nous vaut des communications sur le mouvement des balles cylindro-coniques, l'expulsion spontanée d'un corps étranger de l'œsophage, l'extraction et l'abandon dans le tissu cellulaire des artrophytes du genou.

Plus riche encore est l'année 1860; j'y relève des communications : sur les polypes naso-pharyngiens et les difficultés opératoires qui résultent de leur variété d'implantation, sur le diagnostic de la hernie du poumon, sur la conservation dans les fractures de la cuisse par coup de feu, sur les amputations sous-astragalienne et médio-tarsienne, que notre collègue accuse de donner de fort médiocres résultats. Dans les Bulletins de 1861 : des cas intéressants d'ulcération de l'artère vertébrale dans son trajet rachidien et de torticolis spasmodique, de judicieuses remarques sur les causes de la gangrène des moignons, sur la fréquence des hémorrhagies dans la palatoplastie, les moyens d'y remédier et de les éviter.

1862 nous donne : des causes de l'insuccès de la rhinoplastie dans les pertes totales du nez, de la résection du poignet et de

l'ablation isolée de la malléole externe. Féconde est l'année 1863. C'est d'abord l'utilité de la prothèse pour prévenir la déformation de la voûte palatine et la déviation des dents après l'ablation du maxillaire inférieur ou de son corps; des doutes sur la possibilité de conserver le périoste dans les fractures par coups de feu, des remarques sur l'emploi de l'écraseur linéaire pour l'amputation de la partie antérieure de la langue.

Socrétaire général de notre Société en 1864, M. Legouest se trouve contraint par ses fonctions à prendre aux discussions une part un peu plus restreinte. Il étudie cependant la possibilité de substituer la résection du genou à l'amputation de la cuisse dans la chirurgie d'armée, et dans le long débat sur l'hygiène hospitalière, s'appuyant sur les résultats obtenus dans les établissements militaires de Paris et de Vincennes, il montre l'utilité de placer les hôpitaux hors des villes, de les composer de pavillons isolés par de vastes jardins, d'y ménager des salles de rechange et d'en restreindre les proportions en diminuant le nombre des lits.

Il revient en 1865 sur la gravité des plaies pénétrantes du genou par projectiles de guerre, sur la nécessité de recourir à la résection de l'article ou à l'amputation de la cuisse dans l'immense majorité des cas. C'est à l'occasion d'un jeune enfant de troupe opéré d'un polype naso-pharyngien que notre maître imagine une pince à écrou, très forte, pour écraser le pédicule de ces tumeurs en évitant l'hémorrhagie, et émet l'avis de maintenir ouverte la voie artificielle créée pour l'extirpation de l'excroissance, jusqu'au moment où, par les progrès de l'âge, la néoplasie aura définitivement perdu sa puissance de végétation et de reproduction. Ce fait d'observation n'avait pas été signalé. La clinique en a depuis lors confirmé l'exactitude et montré la justesse des vues de l'honorable professeur.

Toujours hardi dans ses doctrines, il soutient l'utilité des incisions dans les anthrax du diabète (1866), et résume sa pensée sur la trépanation (1867) par cette phrase caractéristique : « Il y a très probablement indication de trépaner toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. » Les praticiens, encore sous l'impression des anathèmes de Desault, de Malgaigne, hésitaient à entreprendre cette opération, dont l'insuccès fréquent, les suites immédiates souvent funestes, pouvaient compromettre la chirurgie. « Les chirurgiens ne sont compromis, répond M. Legouest, qu'autant qu'ils n'ont pas fait tout ce qu'il est possible de faire pour arracher leurs malades à la mort. »

Président en 1868, il avait, par la perte inattendue de Follin, dirigé pendant l'année précédente les débats de notre Société. Dans ces fonctions, il fait preuve d'un tact, d'une impartialité,

d'une courtoisie que d'autres ont pu posséder à un égal degré, mais qu'ils n'ont pas dépassés. Du reste, à peine descendu du fauteuil présidentiel, il reprend ses intéressantes communications : l'anévrysme poplité, les polypes fibro-muqueux de l'apophyse basilaire, le traitement par la conservation des fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe, les avantages de la taille hypogastrique pour les volumineux calculs de la vessie, l'utilité de l'extirpation des ganglions cervicaux hypertrophiés, les exostoses orbitaires, en constituent les principaux sujets.

La maladie d'abord, la guerre étrangère et la guerre civile, des occupations militaires de plus en plus absorbantes, une autre direction d'esprit, conséquence de son éloignement forcé de la pratique chirurgicale, conduisirent notre regretté collègue à demander l'honorariat, qu'il obtint le 6 mars 1872. Nous eûmes alors le regret de ne plus le voir parmi nous qu'en de très rares occasions.

Une œuvre à laquelle beaucoup d'entre nous ont apporté leur concours, le *Dictionnaire encyclopédique de Dechambre*, compta M. Legouest parmi ses premiers collaborateurs. Des nombreux articles qu'il y publia, je ne citerai que : AMPUTATION, ARTÈRES, BRULURES, CICATRICE, CŒUR, CRANE, RACHIS, monographies complètes aussi bien que concises. Dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (1865, t. XXVII), sont insérés : une observation d'exostose épiphysaire volumineuse de la fosse nasale extraite par la résection temporaire d'une partie du maxillaire supérieur ; un cas d'anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique gauche, guéri par la ligature du tronc carotidien et de la carotide externe après insuccès de la compression digitale. Un mémoire sur la rupture spontanée des veines (*Archiv. de méd.*, 1867) renferme également des faits peu communs et d'une interprétation délicate.

Quelques accidents, des expériences faites à Strasbourg par le regretté Sarazin, avaient conduit à attribuer à la balle du fusil Chassepot, dont nos troupes venaient d'être armées, une action des plus redoutables. M. Legouest cherche à réduire ces craintes à leur juste valeur, et, tenant compte de la force vive du projectile, il établit que ses blessures, plus graves à courtes distances et dans les fracas osseux, seront au contraire moins dangereuses à la portée moyenne des batailles.

Membre de l'Académie de médecine en janvier 1867, notre collègue y prend part aux discussions sur l'Infection purulente (1869), sur la Myopie dans l'armée (1875), sur la Désarticulation de la hanche, pour laquelle il préfère le lambeau antérieur et la réunion secondaire. Un mémoire de M. Deneux sur un procédé

pour reconnaître la présence et la nature des corps vulnérants métalliques engagés dans les plaies par armes de guerre lui fournit l'occasion d'un substantiel rapport où, non content de juger la valeur des réactions chimiques proposées, il étudie sous toutes ses faces le difficile problème de l'exploration et de l'extraction des projectiles perdus dans les tissus. Elu vice-président le 12 octobre 1880 en remplacement de Broca, subitement enlevé quelques semaines auparavant, M. Legouest occupa le fauteuil présidentiel durant l'année 1881. Il s'acquitta de sa tâche avec une exactitude toute militaire, et dirigea les débats avec un calme et une dignité qui ne se démentirent jamais.

La part attribuée à certaines casernes de Paris dans le développement de l'épidémie typhoïde de 1882 devait amener à la tribune le Médecin inspecteur général de l'armée. Il montre les progrès accomplis par l'hygiène dans la propreté, l'alimentation, le casernement de nos soldats. Pour lui, les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes par leurs conditions de réceptivité, et les deux populations, civile et militaire, s'influencent réciproquement. Dans l'armée comme ailleurs, ajoute-t-il avec raison, les questions médicales sont souvent des questions de finances, et les améliorations exigent du temps et de l'argent en même temps que de la persévérance et de la bonne volonté.

L'œuvre scientifique capitale de M. Legouest, c'est son *Traité de chirurgie d'armée*. Dans la préface de sa seconde édition, il pouvait dire sans fausse modestie : « Depuis 1863, il a été plus facile d'écrire sur ce sujet. Si tous les points laissés avant nous dans l'ombre n'ont pas été élucidés, du moins ont-ils été mieux indiqués et étudiés. » Quand parut, en effet, le livre de notre regretté maître, il n'existait rien de pareil dans notre littérature médicale. Dupuytren et Jobert avaient vieilli, les mémoires des deux Larrey, la clinique de Baudens, exprimaient surtout les résultats de leurs observations personnelles. Riche d'une pratique de vingt années et de dix campagnes de guerre, le professeur du Val-de-Grâce était mieux que personne, par un enseignement déjà mûri, en état d'écrire un Traité sur la Chirurgie militaire. Fidèle à son programme, sobre de discussions et de théories, il formule nettement des préceptes basés sur l'observation et l'expérience. Nous signalerons parmi les plus importants : la ligature des deux bouts du vaisseau dans toute hémorrhagie traumatique, l'exploration immédiate dans les coups de feu, le débridement préventif, l'extraction immédiate des corps étrangers, à moins de contre-indication sérieuse. Les hémorrhagies consécutives sont étudiées avec soin, et les conditions générales qui favorisent leur production sont très nettement indiquées. Ici encore, la double ligature dans

la plaie est de règle, même si le sang est arrêté, alors qu'il vient probablement d'une volumineuse artère. Dans les traumatismes crâniens, la trépanation est formellement recommandée, si faibles qu'en soient les chances. Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, de l'estomac, la recherche d'un projectile ne doit pas être *à priori* rejetée, et si l'intestin, si les viscères sont intéressés, l'occlusion des plaies par suture peut encore sauver la vie. Partisan convaincu de la conservation pour les fractures diaphysaires par coups de feu, notre collègue pensait alors que cette méthode expose à de déplorables mécomptes dans les lésions articulaires, et que la résection, bien que de résultat médiocre, lui est parfois préférable.

Rapidement devenu classique, le *Traité de chirurgie d'armée* eut une seconde édition en 1872. La disposition générale est restée la même, et si d'importantes additions ont été faites, les préceptes n'ont pas sensiblement varié. Cependant l'expérience de 1870 a rendu notre maître bien plus conservateur, et les résections lui paraissent devoir être aussi exceptionnelles que le sont les amputations.

Quelques mois avant la guerre fatale qui devait le chasser de l'Alsace et de la Faculté de Strasbourg, M. Sédillot publiait avec la collaboration de M. Legouest la quatrième édition de son *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*. La forme de l'ouvrage était améliorée, de nombreuses figures venaient aider à l'interprétation de descriptions parfois un peu succinctes; mais, sauf quelques retouches, dues sans doute au professeur du Val-de-Grâce, le fond était resté le même. Sédillot avait sur la chirurgie opératoire des idées désormais immuables. On les reconnaît dans son jugement sur la méthode conservatrice, « qui abrite trop souvent l'irrésolution ou l'incapacité et érige en règle l'abstention sous prétexte de conserver. » On retrouve encore le vieux Maître dans ces quelques lignes qui terminent une Introduction consacrée à l'étude des progrès accomplis en chirurgie dans les dernières années : « Dans cet exposé sommaire de la médecine opératoire contemporaine, le lecteur a pu reconnaître une fois de plus combien sont rares les véritables acquisitions scientifiques, combien gradués et lents sont les progrès de l'art, et avec quelle réserve il faut accepter les faits qui excitent le plus l'étonnement et l'admiration. »

J'ai su de notre regretté collègue quelles difficultés il avait éprouvées pour faire admettre par M. Sédillot le moindre changement au texte, la plus légère modification aux doctrines antérieurement émises. Lui-même nous en a rendu compte dans la notice qu'il publia en 1883 (*Archiv. de méd. milit.*, t. I) sur l'éminent

professeur de Strasbourg. Après avoir indiqué que la médecine opératoire de Sédillot eût été plus exactement dénommée *Clinique opératoire*, revenant sur sa participation à l'édition de 1870, il ajoute : « La quatrième édition fut bientôt épuisée, et s'il n'y en eût pas une cinquième, son invincible personnalité, sa juste prétention de conserver au Traité le caractère donné, l'impossibilité d'allier en ces conditions le présent au passé sans rien enlever à celui-ci, sont les obstacles un jour aplanis, relevés le lendemain, qui seuls ont trompé son attente. Il ne faut pas le regretter ; peut-être M. Legouest aurait-il gagné, M. Sédillot aurait certainement perdu à la refonte complète de son œuvre magistrale. » Sacrifice aussi grand pour le maître qu'honorable pour le collaborateur, le projet d'une édition nouvelle finit par être abandonné.

Comme Secrétaire général de notre Société, M. Legouest lut à cette tribune l'éloge de Guthrie, associé étranger, et des notices sur la vie et les travaux de Bauchet et de Morel-Lavallée. Écrites d'une plume facile et élégante, sobres de discussions scientifiques, ces pages font à la louange une place beaucoup plus grande qu'à l'appréciation critique. Mieux que d'autres, mon éminent prédécesseur connaissait les ressorts de l'âme humaine, il savait que tout se pardonne, erreurs involontaires et omissions voulues, tout, excepté la vérité sévère.

Du reste, comme Secrétaire annuel, il avait, en 1861, prononcé à cette tribune l'éloge historique de Bégin, médecin-inspecteur et président du Conseil de santé des armées. C'est en partie au contact de cet homme éminent, dont les Études sur le Service de santé militaire en France avaient tracé la voie aux justes revendications de la médecine militaire, c'est par la méditation de cette œuvre indépendante, que notre regretté collègue se préparait au rôle important que les événements allaient lui imposer dans la lutte du Corps de santé pour conquérir sa liberté et son autonomie.

Au décret du 3 mai 1848 par lequel le gouvernement provisoire donnait au Service de santé militaire une organisation rationnelle, au projet de loi élaboré et discuté en 1850, devant le ministre de la guerre, par une commission qui comptait dans son sein Bégin, Alquié, Baudens, Michel Lévy, le décret-loi de 1852 répondait en refusant en même temps l'indépendance dans la direction du service et l'assimilation.

Cependant la guerre de Crimée faisait bientôt sauter à tous les yeux les vices fondamentaux du système. Legouest, dans les hôpitaux de Constantinople comme pendant la campagne d'Italie, en put relever les inconvénients et les dangers. Sa correspondance avec le Médecin en chef de l'armée, le baron H. Larrey, témoigne

des difficultés que créait à tous l'autorité incompétente et d'autant plus susceptible du corps de l'Intendance militaire. Elle nous le montre dévoué, intelligent, énergique, doué des qualités qui font les véritables chefs. Aussi fut-il vivement apprécié par l'éminent chirurgien. Alors s'établit entre eux un échange de vues qui se continua pendant toute la carrière de M. Legouest, attentif et respectueux vis-à-vis du maître vénéré, prodigue pour lui comme pour tous (nul ne le sait plus que moi) de son temps et de son expérience.

Le 23 mai 1861, il remet au maréchal Randon une note sur le fonctionnement du service de santé en campagne. Il montre les variations incessantes de son organisation, il le fait voir asservi par les règlements de l'an VIII, de 1831 et de 1836 aux commissaires des guerres et bientôt à l'intendance. Matériel plus que médiocre, personnel insuffisant, mal réparti, sans influence comme sans autorité, telles sont les conséquences d'une subordination illogique.

Dans une intéressante étude (1864) sur l'assistance civile des malades et blessés en campagne, notre regretté collègue signale, en même temps que les services rendus, les dangers d'une intervention directe de la Croix rouge sur les champs de bataille. Peu partisan d'une *Neutralisation* qui sera, dit-il, certainement et justement violée si elle gêne les projets du commandement, il demande à quoi bon poser des principes dont l'observance est subordonnée aux variables et impérieuses fatalités de la guerre.

La lutte formidable qui se poursuivit pendant quatre années entre les États-Unis du Nord et la Confédération esclavagiste du Sud venait à point pour prouver à la vieille Europe qu'une organisation rationnelle du service de santé militaire n'entraînait que des conséquences heureuses pour l'armée. Chefs directs et absolus dans leur partie, même en présence du commandement, les médecins réalisaient par leur initiative compétente des progrès inespérés, répartissaient suivant ses aptitudes un personnel conscient de sa valeur comme de sa responsabilité, créaient un matériel portatif et utilisable, imaginaient des systèmes d'évacuation presque parfaits, installaient des centaines d'hôpitaux à pavillons isolés, dont le confortable ne fut jamais absent.

M. Legouest (1866) fait ressortir ces enseignements qui nous viennent d'Amérique et ceux que nous apportent les campagnes plus récentes de la Prusse en Bohême et de l'Autriche en Lombardie. Membre de la commission militaire de l'Exposition universelle de 1867, rapporteur désigné des hôpitaux et ambulances, ses appréciations favorables aussi bien que ses critiques, témoi-

gnent d'une profonde connaissance du sujet en même temps que d'une indépendance absolue de jugement.

Rien n'était changé dans l'organisation du service de santé de l'armée, quand éclata soudain la guerre avec l'Allemagne. Malade depuis près de deux ans, Legouest revient immédiatement de Plombières, il est nommé médecin en chef du 1er corps d'armée à Strasbourg. A peine a-t-il pris possession de son service que les batailles malheureuses de Wissembourg et de Reischoffen le ramènent en arrière avec nos troupes décimées. Il arrive à Châlons; il est à Sedan avec le premier corps, il y reste pour soigner nos blessés. Quinze jours plus tard, les Allemands dirigeaient sur Mézières et Rouen tous les médecins militaires français que la mort, la guérison ou l'évacuation de la plupart des victimes de Sedan avaient rendus disponibles. J'étais du nombre avec MM. Perrin et Legouest. J'eus le bonheur de les revoir à Rouen, mais ce dernier si maigre, si souffrant, si changé, qu'en le quittant je pensais bien lui avoir fait mes derniers adieux.

Chargé de différentes missions par la Délégation de Tours et de Bordeaux, obligé à de perpétuels déplacements, M. Legouest retrouva bientôt la santé dans cette vie agitée. Médecin-inspecteur, il vint défendre à Bordeaux, près du ministre de la guerre, avec le concours de ses collègues de l'armée et l'appui du professeur Charles Robin, sous-directeur ayant charge des services sanitaires, des projets de réorganisation faisant une large part à la direction médicale. Le décret allait paraître quand la capitulation de Paris, en supprimant la délégation provinciale, vint, une fois encore, tout remettre en question.

Mais, cette fois, l'ajournement ne devait pas être l'abandon. L'opinion publique soulevée ne le permettait plus. Dans une lettre au *Journal des Débats*, 17 juillet 1871, dans le projet délibéré par la réunion des médecins-inspecteurs de l'armée en 1872, dans la seconde édition de son *Traité de chirurgie d'armée*, notre éminent collègue montrait la nécessité indiscutable de donner à celui qui a la compétence et supporte la responsabilité morale l'autorité effective. Impressionné lui-même par des revendications dont la presse, les autorités médicales civiles se faisaient chaque jour l'interprète, le ministre de la guerre venait, en juin 1873, demander à l'Académie de médecine son avis sur les rapports à établir entre les pharmaciens et les médecins militaires.

La commission, par l'organe de son rapporteur, l'illustre et regretté Broca, élargit la question, et la plaça nettement sur le terrain de l'autonomie du corps de santé de l'armée. Le baron H. Larrey, Sédillot, Legouest, d'autres encore, vinrent appuyer cette

interprétation, et l'Académie, la sanctionnant à son tour, votait à la fin de débats, trop passionnés parfois, cette conclusion qui ne pouvait laisser prise à l'équivoque : « L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef pris dans son sein, appartenant à la profession médicale, et ayant dans ses attributions tout ce qui concerne le service de santé. »

L'Assemblée nationale, dont la Commission de l'armée avait accepté le même principe éloquemment défendu par le professeur Bouisson, de Montpellier, se sépara avant de discuter la loi sur l'administration. C'est au Sénat, nouvellement créé, que le ministre de la guerre soumit le projet préparé dans ses bureaux. Membre du conseil de santé en 1874, son président depuis la fin de la même année, M. Legouest était devenu le représentant officiel de la médecine militaire. C'est à ce titre qu'il fut appelé devant la commission du Sénat et, plus tard, devant les multiples commissions de la Chambre des députés, qui étudièrent le malheureux projet de loi constamment amendé, modifié ou ajourné. Il y défendit avec une conviction ardente, mais aussi avec une grande dignité, les intérêts du Corps de santé. Il y montra l'Intendance s'immisçant dans l'hygiène et même dans le traitement des malades, et, plutôt que de s'avouer impuissante, proposant, par l'organe du général de Chanal et de l'intendant Vigo-Roussillon, la démilitarisation et l'annulation du service de santé militaire au profit des Sociétés de secours.

Jusqu'en 1882, notre éminent collègue soutient par des notes fréquentes, par des rapports incessants, par des mémoires détaillés les principes que devait enfin consacrer la loi sur l'administration de l'armée. Malgré l'opposition du général Farre, notre vénéré maître le baron H. Larrey avait obtenu de la Chambre des députés la création du grade de médecin-inspecteur général; il fallut plus tard lutter pour le conserver. Ceux-là seuls qui ont eu entre les mains la correspondance du Président du conseil de santé peuvent se faire une idée de sa tâche difficile : reconstruire chaque jour ce que, chaque jour aussi, l'Intendance s'acharnait à renverser.

Bien des fois, devant des atermoiements sans motif et sans fin, M. Legouest avait sollicité des ministres un décret, un projet de loi spécial, séparant le service de santé de l'administration. Même arrivé près du but, il lui fallait défendre contre des collègues timorés ou au contraire trop impatients la législation de 1881 et ses suites. A des notes parfois très violentes en la forme, il répondait sagement : « Il faut beaucoup compter sur le

temps en pareille affaire. Les réformes, au lieu de s'imposer, se proposent. »

La loi était votée, les principes posés, l'autonomie du corps de santé proclamée ; restait l'application. Notre collègue, dès l'été de 1882, envoyait de Tunisie, avec la collaboration de M. l'intendant Mony, un projet d'instruction sur le service médical en campagne, qui réunit en 35 articles toutes les dispositions nécessaires. En même temps, sa sollicitude se portait sur le personnel, sur sa répartition en paix et en guerre. A son retour d'Afrique, le grade de Médecin-inspecteur général vint récompenser dignement cette vie toute de travail et de dévouement.

Médecin-inspecteur général, M. Legouest se préoccupa plus que jamais des intérêts du corps dont il était le chef hiérarchique. Pour assurer son recrutement, il prépara la création d'une école près la Faculté de médecine de Lyon. Ce projet, un instant abandonné, est devenu un fait accompli, grâce à l'énergie de la direction médicale. Les premiers directeurs du service de santé des corps d'armée furent nommés et installés; les médecins-chefs prirent le commandement dans les hôpitaux. Chaque jour marquait un pas en avant. Cependant, habitué à beaucoup lutter pour n'obtenir que peu, prudent par nature et par expérience, notre vénéré maître ne voyait pas sans un certain effroi les tendances de la génération médicale nouvelle. Si l'autonomie de 1882 ne réalisait pas son rêve, il craignait qu'en demandant davantage on ne s'exposât à perdre ce qui ne lui paraissait encore qu'incomplètement acquis. Il ne pouvait croire que l'Intendance eût dit son dernier mot; il redoutait les embûches administratives. Ses appréhensions, fort heureusement, ne se réalisèrent pas, et, au moment de sa mise en retraite, il eut le bonheur de voir le Corps de santé militaire possesseur incontesté de l'autorité qu'il tenait de la loi.

Le 18 mai 1885, tous les officiers du Corps de santé militaire de Paris et des départements voisins offraient un punch d'adieu à leur Médecin-inspecteur général. C'était la première réunion depuis la réalisation de l'autonomie; tous les camarades de la province et de l'Algérie avaient envoyé leur adhésion et l'expression de leurs vœux pour le chef éminent que la limite d'âge allait atteindre. Lui, vivement impressionné, ému jusqu'aux larmes de ces manifestations de sympathie, saisit cette occasion dernière de donner au Corps de santé les conseils que lui inspiraient l'expérience des hommes, la prévision de l'avenir : « Ne l'oubliez pas, messieurs, nous dit-il, en recevant une parcelle d'autorité, vous avez assumé les plus grandes responsabilités; ce sera mon regret de ne pas les partager à l'heure du danger.

« Quels que soient cependant les nouveaux devoirs qui vous

incombent, n'abandonnez jamais la voie du travail et de la science; elle a été celle de tous les hommes qui, en illustrant notre carrière, ont préparé l'ère nouvelle.

« Nos camarades, au Tonkin, ont fait voir que nos vieilles traditions de dévouement et de courage étaient toujours vivantes; gardez vivante aussi, gardez la tradition scientifique, c'est votre véritable palladium. »

M. Legouest était de grande taille. Son front large et découvert dénotait une intelligence puissante; le nez à arête vive, les yeux qu'ombrageaient d'épais sourcils, témoignaient d'une volonté énergique, d'une force de caractère peu commune.

Dans le service le chef est sévère, il ne pardonne aucun oubli, il n'accepte aucune négligence. En revanche il est juste, impartial, il ne reconnaît ni privilèges ni faveurs. Ses malades sont admirablement soignés, il leur donne sans compter et son temps et sa peine, mais il n'admet dans ses salles ni actes d'indiscipline ni récriminations. Le traitement ordonné, les prescriptions faites doivent être exécutés militairement. Professeur, M. Legouest possède la précision des idées, la clarté de l'expression, la simplicité et la lenteur de l'exposition. Comme opérateur, il a moins d'audace que comme écrivain, mais la sagesse de sa pratique est bien faite pour l'éducation de jeunes docteurs, plus disposés à se lancer dans une aventure chirurgicale qu'à reculer devant une intervention nécessaire.

Très réservé de sa nature, il s'attache à ses élèves, tout en se défendant de le faire, et certain d'entre eux, frappé par la maladie pendant son séjour à l'Ecole, le vit pendant des semaines venir s'asseoir chaque matin au chevet de son lit. Marié, il adore la vie de famille, son foyer, ses enfants. Quand il devient père pour la seconde fois, en 1867, il arrive rayonnant à l'hôpital : « C'est une fille, dit-il à son agrégé et ami M. Servier ; pour un homme de mon âge, cela vaut mieux qu'un garçon. A vingt ans, ma fille me trouvera un bon vieillard, tandis qu'un garçon pourrait penser que je suis..., comment dirais-je..., un peu baderne. »

Hélas! sa joie fut de courte durée. Mme Legouest, atteinte de fièvre puerpérale, succombait après quelques jours de maladie. Nomination si désirée à l'Académie de médecine, paternité, tout ce bonheur était trop largement payé. Dès lors, la robuste constitution de notre regretté collègue parut fléchir sous le poids de cette perte irréparable. L'année suivante, un échec d'ambition vint s'ajouter à ses tristesses. On lui avait fait espérer le grade d'Inspecteur et la succession de M. Sédillot à l'École du service de santé de Strasbourg; au dernier moment il fut oublié en haut lieu. Atteint de douleurs gastriques, de vomissements incessants,

il maigrissait et devenait chaque jour plus sombre ; on craignait un cancer de l'estomac.

En 1870, il partit pour l'armée presque satisfait : « Cette campagne va décider de moi, disait-il ; si j'ai réellement un cancer de l'estomac, les fatigues et le régime précipiteront sa marche; si je ne suis atteint que d'une névrose, le grand air, l'activité, les émotions me seront le meilleur remède. » Il en fut comme il avait dit; la paix le retrouva bien portant. Après la guerre, M. Legouest vécut pour ses deux enfants, dont l'éducation, l'avenir, au milieu de ses travaux scientifiques et de ses devoirs militaires, étaient devenus sa préoccupation constante. Pour elles, il s'inquiétait sans mesure; un malaise, une indisposition légère, le mettaient dans une angoisse profonde. L'idée qu'il pouvait les laisser orphelines, les quitter avant le mariage, le poursuivait sans cesse et le tourmentait cruellement. Aussi fut-il heureux, au printemps de 1888, quand la plus jeune fut mariée : « A présent, me voilà rassuré pour l'avenir, disait-il à ses amis, je mourrai tout à fait tranquille. »

La destinée, malgré sa robuste apparence, ne lui réservait pas de longs jours. Il allait partir pour Bourges, où sa fille aînée le rendait grand-père une seconde fois, quand, vers le milieu de décembre 1888, un abcès dentaire fut chez lui le point de départ d'un phlegmon septique sus-hyoïdien. Apres trois mois de souffrances héroïquement supportées, miné par une septico-pyhémie chronique, une véritable intoxication purulente, il succomba le 5 mars 1889, ayant conservé jusqu'à sa dernière heure tout son calme et toute sa lucidité d'esprit.

Près de cinquante ans de services, vingt-deux campagnes, quinze ans des grades d'inspecteur et d'inspecteur général avaient fait espérer que la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur viendrait couronner une si brillante et si laborieuse carrière. Mais comme il l'avait écrit jadis de son maître, M. Bégin : « Soit que quarante-six années de labeurs incessants, soit que son titre de président du conseil de santé des armées ne justifiassent pas suffisamment cette faveur, soit encore que ceux-là même qu'il avait préservés, guéris ou sauvés eussent été jaloux de partager cette distinction avec lui, cet espoir fut déçu. »

M. Legouest était au-dessus de pareils mécomptes; même dans les plus hautes fonctions, il avait eu l'occasion fréquente de voir combien difficilement le service de santé obtenait de certains hommes l'exercice de son influence légitime. S'inspirant du précepte du sage : *Fais ce que dois*, il accomplissait simplement son devoir. S'il ne sut pas toujours gagner l'amitié pourtant si douce

de collègues plus jeunes, s'il ne fut pas entouré pendant sa carrière de cet affectueux dévouement qui nécessite un abandon momentané des prérogatives hiérarchiques, il ne rechercha jamais au prix de sa dignité la popularité dont certains se montrent si avides et si fiers.

A la médecine militaire, M. Legouest laisse un noble et bel exemple. Il sut être à la fois l'homme de science qui travaille pour apporter sa pierre à l'édifice du Progrès et le chef militaire qui, s'il exige de ses subordonnés l'obéissance et la discipline dont il donne le premier l'exemple, consacre à la défense de leurs intérêts, avec son temps et sa peine, la haute influence qu'il a conquise dans le monde savant. La reconnaissance élève et grandit l'obligé. Aujourd'hui, possesseur de la situation si longtemps désirée, le Corps de santé de l'armée ne saurait oublier sans déchoir ceux qui pendant des années ont lutté pour lui ouvrir la route, aplanir les obstacles et vaincre les résistances. M. Legouest fut au premier rang parmi ces combattants, il m'est doux de lui avoir rendu justice. Secrétaire général, président de la Société de chirurgie, il a donné à notre compagnie assez de son labeur et de son intelligence pour que, dans cet éloge, notre voix s'unisse à celle du corps de santé militaire, glorieux, nous aussi, de l'avoir compté dans nos rangs.

Seance du 8 janvier 1890.

Présidence de M. Le Dentu.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des trois dernières semaines ;

2° M. Terrier demande un congé d'un mois pour raison de santé ;

3° MM. Pozzi et Monod s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

4° MM. Raimbert (de Châteaudun) et Beau (de la marine), membres correspondants nationaux, envoient leur démission ;

5° *Dissoction d'un prolapsus rectal,* par MM. Duret et Vallat (de Lille) (Commissaire : M. Verneuil);

6° *Nouveau procédé de résection du maxillaire supérieur,* par M. Pereira Guimaraès (de Rio-Janeiro) (Commissaire : M. Chauvel) ;

7° *Amputation interscapulothoracique,* par le Dr Lerris (de Brooklyn) (Commissaire : M. Berger) ;

8° *Anévrysme traumatique de la cubitale,* par le Dr Le Cerf (de Valenciennes) (Commissaire : M. Berger) ;

9° *Deux observations de fistule branchiale,* par le Dr Février, médecin-major (Commissaire : M. Berger) ;

10° *Statistique de 14 cas de tumeurs abdominales,* etc., par le Dr Millot-Carpentier (de Montecouvez) (Commissaire : M. Richelot).

A propos du procès-verbal.

M. Terrillon lit l'observation suivante :

X *Fibrome utérin du poids de 19 kilogrammes, inclus dans le ligament large. Décortication très étendue. Pédicule rentré dans l'abdomen. Guérison,* par le Dr Terrillon.

Mme P..., âgée de 37 ans, a eu sept enfants. Vers l'âge de 34 ans

elle a vu son ventre augmenter progressivement. Celui-ci a ainsi atteint $1^m,65$ de circonférence.

La nutrition est très troublée chez cette malade, qui a beaucoup maigri et présente plusieurs phénomènes graves : de l'obstruction intestinale, de la difficulté de la miction et même depuis quelque temps de l'anurie passagère.

Le col de l'utérus était inaccessible par le toucher vaginal. L'opération montrera en effet que l'utérus est fortement entraîné en haut.

La tumeur est plus molle que dure, mais non fluctuante.

En présence de ces phénomènes graves et malgré les difficultés prévues — mais bien au-dessous de la réalité —je me décidai à intervenir. L'accroissement rapide de la tumeur et l'état grave de cette malade qui s'épuisait me semblèrent suffisamment motiver cette intervention.

J'ai rencontré dans cette opération toutes les difficultés que peut susciter l'ablation d'un fibrome inclus dans le ligament large. Une fois de plus j'ai reconnu qu'on peut, par une dissection fine, surmonter ces difficultés, éviter les accidents et épargner en particulier la vessie et surtout les uretères.

L'opération fut pratiquée le 10 octobre 1888 avec le concours de M. Jalaguier.

La paroi abdominale, mince et peu saignante, fut longuement incisée du pubis jusque au-dessus de l'ombilic.

La tumeur bosselée, divisée en plusieurs lobes, rouge, très vasculaire, était libre dans la plus grande partie de sa face supérieure, sauf quelques adhérences épiploïques situées en haut, immédiatement au-dessous du diaphragme. Mais en examinant les rapports avec le bassin, je constatai aussitôt que la tumeur qui le remplissait était complètement incluse dans les deux ligaments larges. Ceux-ci, se réfléchissant sur elle, l'enveloppaient d'un cul-de-sac profond.

Je commençai donc par inciser cette enveloppe ligamenteuse et vasculaire au niveau du diamètre moyen de la tumeur et sur toute sa circonférence. Plusieurs fois j'eus à couper des parties épaisses, saignantes, qui furent saisies avec deux clamps, puis liées avec de la soie.

Après avoir ainsi découvert la partie moyenne et superficielle de la tumeur, je procédai à la décortication profonde.

Passant la main entre la tumeur que je suivais de près et l'enveloppe fibro-vasculaire constituée par le ligament large épaissi, je pus détacher le fibrome au niveau du bassin. Des pinces à forcipressure étaient placées sur les veines et les gros vaisseaux à mesure qu'ils donnaient du sang.

Les uretères appliqués contre la tumeur, des deux côtés, furent séparés avec soin jusqu'à la vessie.

Enfin, après avoir complètement détruit les adhérences dans le fond du bassin, je pus attirer le fibrome au dehors. Il ne tenait plus à ce moment que par un vaste pédicule constitué surtout par le col et une partie du corps de l'utérus et par la vessie ainsi accolée à l'utérus et à la tumeur.

Je parvins à couper ces dernières adhérences sans avoir trop d'hémorrhagie. Bientôt la tumeur ne tenait plus que par la partie inférieure de l'utérus effilée et libre ; je coupai celui-ci en travers, un peu au-dessus du vagin.

Cette partie étroite de l'utérus saignant peu, je cautérisai la cavité utérine avec le thermocautère et fis, d'après la méthode de Schrœder, quatre sutures avec de la soie pour obturer la surface de ce moignon dont la suface devint ainsi intrapéritonéale.

Vingt ligatures au moins — à la soie et au catgut — furent placées sur les pédicules vasculaires et sur les points les plus saignants.

Enfin, après un lavage abondant, avec de l'eau chaude et bouillie, du bassin, transformé en une surface saignante et irrégulière, la plaie abdominale fut fermée par dix-sept sutures au crin de Florence.

Un gros drain fut placé plongeant dans le fond du bassin et sortant par l'angle inférieur de l'incision de la paroi ; il devait donner issue aux liquides que fournirait fatalement cette grande surface de décortication.

L'opération avait duré deux heures.

Le drain a été enlevé le 18e jour. La malade sortit de la Salpêtrière le 25e, et depuis elle vaque à ses occupations comme avant sa maladie.

La tumeur enlevée était un fibrome du poids de 18 kilogrammes, bosselé, irrégulier et formé aux dépens de la face postérieure et des deux parties latérales de l'utérus. Ainsi s'explique comment la tumeur s'était infiltrée de chaque côté dans les ligaments larges qui le coiffaient et enveloppaient tout son segment inférieur.

Discussion.

M. Reclus. J'ai opéré récemment avec l'assistance de mon collègue M. Segond un énorme fibrome développé dans le ligament large, et procédant du bord latéral de l'utérus, mais qui en était devenu presque complètement indépendant.

Il adhérait aux feuillets du repli séreux dans lequel il s'était développé, et à l'épiploon, par des adhérences étendues et très vasculaires. Leur décollement produisit une pluie sanguine d'une telle abondance que nous dûmes, pour terminer rapidement l'opération, exercer des tractions assez énergiques sur les parties latérales de la tumeur pour la dégager. L'écoulement sanguin cessa du reste dès que ce temps fut accompli.

M. Tillaux. J'ai présenté à la Société deux volumineuses tumeurs fibreuses du ligament large. Je ferai observer à ce sujet qu'il ne faut point confondre les fibromes procédant des bords de l'utérus, et qui sont nécessairement inclus dans le ligament large, avec ceux qui, nés dans ce repli séreux, s'y développent primitivement.

Il importe de distinguer ces deux variétés : ainsi, dans le cas que vient de rapporter M. Terrillon, il s'agissait d'un fibrome de l'utérus, et non du ligament large.

M. Terrillon. J'admets parfaitement la division que vient de rappeler M. Tillaux ; aussi n'ai-je donné au cas que je viens de rapporter d'autre désignation que celle de « fibrome utérin inclus dans le ligament large ». Du reste, quoi qu'il en soit de cette distinction, tous les chirurgiens connaissent les difficultés opératoires que peuvent présenter les tumeurs qui siègent dans l'épaisseur même de ce ligament.

Rapport.

Nouveaux cas d'abcès du foie, par MM. Barthélemy, médecin principal, et Bernardy, aide-major à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis.

Rapport par M. Chauvel.

Bien que les abcès du foie traités par la méthode de Little, c'est-à-dire par l'incision immédiate, directe, de toute l'épaisseur des tissus de la peau jusqu'au foyer purulent hépatique, ne soient plus actuellement une rareté, de tels faits ne sont pas si communs que le travail de MM. Barthélemy et Bernardy ne vous présente un intérêt réel. Nos confrères de l'armée ont eu la bonne fortune d'assister au développement d'hépatites suppurées ; ils ont eu le talent de les reconnaitre et de recourir à temps à une intervention qui a sauvé leurs malades. Félicitons-les de leur hardiesse.

I. — Des trois observations contenues dans leur mémoire, il en est une que nous devons éliminer, celle du cavalier... Bien qu'entré à l'hôpital pour un point hépatique violent succédant à une attaque de dysenterie aiguë, bien que soigné pour hépatite aiguë suppurée, comme quatre ponctions faites en trois semaines n'ont pas amené une goutte de pus, il nous paraît impossible de conclure à un abcès du foie. L'hépatite est certaine, la suppuration possible, mais la guérison rapide autorise le doute, et, en somme, la chirurgie n'a rien à tirer du fait.

II. — L'engagé volontaire B... ne souffre qu'à la suite d'un violent coup de tête porté par son cheval et qui l'atteint dans la région du foie ; l'absence de tout antécédent morbide autorise à croire à une hépatite traumatique. Dix jours après le choc, étant donnée l'augmentation de volume de la glande, la rémittence de la fièvre, nos

collègues diagnostiquent un abcès du foie. Une ponction exploratrice reste sans résultat. Cependant les phénomènes s'accentuent, douleurs, fièvre, abaissement du bord inférieur du foie de deux doigts au-dessous des côtes, et une seconde ponction donne issue à du pus. Comme la première, elle est faite sous le rebord costal, à un centimètre en dehors de la ligne mamillaire. L'ouverture large est remise au lendemain.

Mais alors il arrive que trois ponctions successives dans la même région ne donnent pas une goutte de pus. Ce n'est qu'à la quatrième tentative que l'aiguille aspiratrice rencontre le foyer purulent. Immédiatement le bistouri, guidé sur la canule, ouvre largement l'abcès. Il s'échappe un flot de pus, mélangé de sang et de grumeaux de tissu hépatique. Exploration avec le doigt, lavages avec une solution phéniquée à 1/200e d'abord, puis par gros drains adossés qui plongent dans la cavité avec une solution de sublimé à 1/2,000. Pansement antiseptique, isolement du blessé, qui, sans fièvre et sans accident, guérit rapidement et rejoint son corps un mois et demi après l'opération.

III. — Enhardis par ce succès, nos collègues suivent la même conduite chez le chasseur V..., qui, après une attaque de dysenterie aiguë compliquée de fièvre tierce, entre à l'hôpital du Belvédère pour un point hépatique avec irradiations vers l'épaule. Les symptômes observés dénotent une inflammation aiguë du foie, et malgré la non-augmentation de la matité, une ponction exploratrice est faite au point épigastrique le plus douloureux. Elle reste sans résultat. En l'espace de quinze jours et devant la persistance des troubles morbides, trois nouvelles tentatives sont faites pour découvrir le foyer purulent ; la dernière seule amène du pus.

Le lendemain, après anesthésie, une ponction heureuse donne un guide pour le bistouri hardiment conduit le long de la canule. L'incision donne du sang en abondance, pas de pus. Trois fois l'aiguille est enfoncée dans le foie, trois fois la tentative échoue. Enfin une cinquième ponction réussit de nouveau, et sur le trocart resté en place une incision qui croise la précédente laisse échapper pus, sang, grumeaux et même quelques bulles de gaz. Excision du lambeau cutané compris entre les deux sections, exploration avec le doigt ; on ne constate pas d'orifice de communication de la poche avec l'intestin. Lavages phéniqués et sublimés, drainage avec deux gros tubes accolés, pansement antiseptique. La fièvre, déjà peu considérable avant l'opération, cesse complètement après l'ouverture large du foyer, et celui-ci se comble si rapidement que V... part en convalescence deux mois après l'intervention, ne conservant plus qu'une légère adhérence de la cicatrice

aux parties profondes. Chez l'engagé B... cette adhérence semble ne pas avoir persisté.

Nos confrères font suivre ces observations de remarques, de réflexions, que votre rapporteur a pour devoir d'examiner avec soin. Le seul fait d'avoir rencontré trois cas d'hépatite dans le même hôpital de Tunis, en l'espace de quelques semaines, prouve la fréquence relative de ces affections dans l'armée et aux colonies. Comme le dit M. Barthélemy, le médecin doit porter son attention du côté du foie, et se livrer en cas de point hépatique à un examen minutieux. Agir vite est ici d'une importance majeure pour le salut du malade.

Avant qu'il y ait œdème, voussure, fluctuation, la localisation de la douleur, sa fixité, son irriadiation à l'épaule, l'examen de la courbe thermique, l'absence de pleurésie permettent de soupçonner et l'existence et le siège de l'abcès du foie. Grâce aux ponctions exploratrices répétées le pus ne saurait rester longtemps méconnu, et si l'on a soin, à chacune d'elles, d'avoir tout prêt pour une ouverture immédiate, l'incision large succédera sans délai à l'aspiration.

Malgré les deux succès que leur a donné la méthode de Little, nos collègues, tenant compte du danger d'ouvrir par mégarde l'estomac, l'intestin, la vésicule biliaire, pensent qu'il est plus prudent et plus sûr d'inciser les tissus couche par couche, de la peau jusqu'à l'abcès, sans se préoccuper du péritoine. L'absence d'adhérences entre les feuillets de la séreuse ne serait redoutable qu'en cas de vomissements ou d'efforts de toux, qui peuvent chasser hors la plaie l'épiploon (Mabboux) ou une anse d'intestin (Ramonet). L'application d'une éponge antiseptique dans la plaie semble suffisante pour prévenir de tels accidents.

Sans vouloir juger la valeur de la suture du tissu hépatique au péritoine pariétal pour empêcher la pénétration du liquide dans la séreuse, M. Barthélemy la croit sans grande utilité. Sur ce point, notre opinion est conforme à la sienne. Rien à dire du mode de pansement mis en usage, il est accepté par tous. En somme, les faits relatés par nos collègues montrent qu'il y a dans les abcès du foie possibilité de trouver le pus de bonne heure et intérêt à lui donner immédiatement une large et facile issue au dehors. Nous vous proposons donc : 1° de les remercier de leur excellent travail ; 2° de le déposer honorablement dans nos archives.

Rapport

Sur une observation de M. Tuffier, *relative à la guérison d'une fistule urinaire consécutive à une néphrotomie.*

Rapport par M. Brun.

Messieurs, dans une de vos dernières séances, le Dr Tuffier vous a présenté un malade qu'il avait guéri d'une fistule urinaire consécutive à une néphrotomie, en lui pratiquant l'extirpation du trajet fistuleux suivie de la suture isolée du rein et des parties molles.

Pour bien comprendre les raisons qui ont guidé notre collègue dans le choix de son intervention et pour apprécier les causes probables de son succès opératoire, il importe, je crois, de préciser nettement tout d'abord dans quelles conditions l'opération a été entreprise.

Il s'agissait d'un homme de 46 ans dont le passé urinaire remontait déjà à plusieurs années. Sujet depuis 1871 à des crises répétées de coliques néphrétiques, cet homme, en 1884, avait présenté les symptômes habituels d'une cystite, pour laquelle il avait été pendant trois mois à l'hôpital Saint-Louis.

A la fin de cette même année, il entrait à l'hôpital Necker, où il subissait sept séances de lithotritie. Sorti de l'hôpital en mars 1885, il continuait à souffrir des reins, aussi bien du gauche que du droit, et rendait de temps en temps des calculs, mais n'avait plus d'hématuries.

Le 9 juillet 1889, il entrait de nouveau à Necker, et se trouvait à cette époque dans un état général alarmant.

Depuis quelque temps, il était chaque nuit pris de frissons violents, il avait beaucoup maigri, sa soif était vive, sa langue sale et sèche, sa température élevée. La palpation du flanc et de la région lombaire droite était impossible, car la moindre pression déterminait à ce niveau une violente douleur et une contraction musculaire involontaire.

Guidé par l'existence de cette douleur si violente localisée au rein droit, M. Guyon pratiqua le 13 juillet la néphrotomie. Le rein, et ici je reproduis en raison de son importance le texte même de l'observation, fut trouvé sain en apparence et à peine augmenté de volume. Son incision ne donna issue à aucune goutte de pus, mais en revanche on trouva le bassinet rempli de petits calculs uriques. On fit le grattage du bassinet, on le lava soigneusement, puis on plaça deux ou trois points de suture au catgut n'intéressant que le tissu rénal. Le rein fut en outre fixé à l'aide de deux fils de soie à la partie profonde de la plaie lombaire, que l'on ferma en partie, après y avoir fixé deux drains.

L'opération fut suivie d'une amélioration très sensible. Du 13 au 19 juillet, on renouvela tous les jours le pansement sans y trouver

trace de pus, tandis que l'urine sortait en grande abondance par les drains.

Du 20 au 24 juillet, on trouva du pus dans le pansement, mais en petite quantité ; les urines étaient rendues par la verge en plus grande abondance, mais il en sortait encore beaucoup par la plaie lombaire.

Le 26 août, on fit par la plaie une injection de teinture d'iode. On ne constata pas dans les urines vésicales la réaction par l'amidon, bien que le malade eût souffert de la vessie. Le 2 et le 28 septembre, nouvelles injections iodées. L'iode passe rapidement dans les urines vésicales, démontrant ainsi d'une façon manifeste la perméabilité de l'uretère.

Le 2 octobre, la plaie lombaire est à peu près fermée, sauf au niveau, d'une fistule assez profonde (7 à 8 centimètres), par laquelle l'urine sort en grande abondance, mais toujours sans aucune goutte de pus ; c'est dans ces conditions que le Dr Tuffier voit le malade et tente l'oblitération de sa fistule en procédant de la façon suivante :

Pour éviter de cheminer à travers un tissu cicatriciel épaissi et induré, il pratique une incision longitudinale parallèle à l'incision de la néphrotomie et située à deux travers de doigt environ en avant d'elle. Arrivé au niveau du rein, il l'isole de sa capsule graisseuse, le détache du trajet fistuleux qui lui adhère, et lorsqu'il l'a complètement mobilisé, il l'attire dans la plaie, avive l'orifice qu'il présente et l'oblitère à l'aide de cinq points de suture au catgut. Un second plan de sutures au catgut réunit les couches musculaires, tandis que six crins de Florence servent à suturer la peau et à fixer un drain qui, situé à la partie inférieure de l'incision, ne va que jusqu'à la surface externe du rein.

Cette intervention fut suivie du plus heureux résultat. A aucun moment, il ne s'écoula d'urine par le trajet des drains, et la guérison complète ne fut retardée jusqu'au 6 novembre que par suite de la désunion partielle de la plaie cutanée.

Si j'ai insisté quelque peu, messieurs, sur certains détails qui ont été observés au cours et à la suite de la néphrotomie pratiquée chez le malade soumis à votre examen, c'est que, comme je le disais au début de ce rapport, ces détails sont, à mon avis, de nature à nous expliquer l'heureux résultat obtenu par notre collègue, et, par cela même, à nous permettre de fixer les indications du procédé opératoire qu'il aura été, à ma connaissance, le premier à exécuter. Ce qui frappe, en effet, à la lecture de l'observation dont je vous ai donné en résumé les points principaux, c'est qu'au moment où il fut incisé, le rein contenait une quantité de calculs uriques, mais *pas une goutte de pus*. Une suppuration légère vint bien souiller le pansement du 20 au 24 juillet, mais son peu d'abondance et sa rapide disparition ne peuvent vraiment nous permettre de penser à sa provenance rénale. Aseptique au moment où la néphrotomie fut pratiquée, le rein est resté tel à la suite de cette intervention. Je vous rappelle, en outre, que la perméabilité

de l'uretère correspondant fut, à deux reprises, démontrée à l'aide d'injections de teinture d'iode pratiquées par la plaie lombaire.

L'asepsie du rein, l'asepsie et la perméabilité de l'uretère, telles sont, je crois, les conditions qui ont contribué au succès opératoire employé par Tuffier, et je ne fais, en énonçant cette hypothèse, que me ranger à l'opinion émise, en 1888, par le professeur Guyon, qui, dans une de ses cliniques de l'hôpital Necker, avait, pour ces cas particuliers, conçu et exposé le plan opératoire si heureusement exécuté par son élève.

Si les indications de l'extirpation des fistules rénales chirurgicales sont aussi nettement précisées, je crains bien que, du fait de leur précision même, elles ne soient qu'assez rarement rencontrées.

Dans quelles conditions observe-t-on, en effet, les fistules chirurgicales du rein ? Quelquefois, c'est après une néphrotomie pour calculs du rein ou du bassin, et le rein et l'uretère se trouvant, malgré les calculs, en état d'asepsie parfaite. L'observation qui vous a été présentée a trait à un cas de ce genre ; mais tout le monde s'accorde, je crois, pour reconnaître que les faits semblables sont rares, pour ne pas dire exceptionnels. Bien plus, souvent, dans ces cas, l'incision rénale guérit sans fistule, et si l'urine, pendant quelque temps, s'écoule par la plaie lombaire, cet écoulement se prolonge rarement au delà de quelques semaines ; il n'est besoin, pour se convaincre de la réalité de cette évolution, que de compulser les observations contenues dans la thèse de Brodeur. Il n'est rien là, du reste, qui doive nous étonner. Les recherches expérimentales de Tuffier ne nous ont-elles pas démontré la possibilité d'obtenir la réunion par première intention dans les plaies aseptiques du rein, et les résultats opératoires qui sont venus récemment confirmer les résultats de l'expérimentation ne nous permettent-ils pas de penser que, dans les conditions précitées, la fistulisation deviendra de plus en plus rare ?

Dans la très grande majorité des cas, au contraire, les fistules surviennent à la suite d'une néphrotomie pratiquée pour pyélonéphrite. Pour que l'extirpation de la fistule et la suture du rein puissent être, dans ces cas, pratiquées avec succès, un traitement spécial aura dû faire disparaître toute trace de suppuration et aseptiser d'une façon complète le foyer opératoire. La fistule uropurulente constituée par la néphrotomie aura, en un mot, dû être, du fait de ce traitement, transformée en une fistule urinaire simple analogue à celle que nous avons vu succéder à l'incision d'un rein contenant des calculs, mais non suppuré. Certes, il n'est pas douteux qu'à l'aide d'une incision large, d'un drainage parfait et de lavages soigneusement renouvelés, on puisse arriver à aseptiser

complètement un foyer de pyélonéphrite simple sans participation marquée de l'uretère, et, dans des cas semblables, l'extirpation de la fistule se trouvera tout particulièrement indiquée. En sera-t-il de même lorsque la néphrotomie aura été motivée par une pyélonéphrite reconnaissant pour origine une uretérite ascendante? C'est alors que les fistules sont surtout fréquentes, et l'état de l'uretère est la cause principale de leur résistance au traitement. On a pu croire que, dans ces cas, les lésions inflammatoires de l'uretère disparaîtraient à la longue par la simple suppression du passage continuel de l'urine et du pus sécrétés par le rein. Les quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer et de suivre ne me laissent guère, pour mon compte, un grand espoir à cet égard.

Chez trois malades que j'ai néphrotomisées dans ces conditions, les lésions uretérales ont continué à évoluer après l'opération, se révélant par l'induration du conduit perceptible soit au toucher, soit au palper abdominal, et par les décharges purulentes survenant à intervalles plus ou moins éloignés. Chez l'une d'elles, néphrectomisée un an plus tard, les lésions ont même persisté après l'ablation du rein.

Les perfectionnements récents apportés à l'exploration de la vessie et au cathétérisme de l'uretère permettront peut-être, il est vrai, d'entreprendre le traitement local de ce conduit et d'y réussir. Jusqu'à plus ample informé, il me paraît sage de se tenir à ce sujet sur une prudente réserve, et la difficulté d'obtenir, à la suite de son inflammation, l'asepsie et la perméabilité de l'uretère empêchera souvent encore, je crois, d'appliquer le procédé de l'extirpation à la cure des fistules rénales qui sont malheureusement le plus communément observées.

Ces réserves faites, je ne puis que féliciter mon collègue et ami le Dr Truffier de son très remarquable succès, l'heureux résultat qu'il a obtenu étant de nature à modifier, dans une certaine mesure, la thérapeutique jusqu'à présent adoptée dans les cas de fistules rénales. Le maintien de la fistule ou la néphrectomie constituaient en effet, il y a peu de temps encore, les seuls procédés thérapeutiques applicables à ce genre de lésions, et l'état du rein non fistuleux entrait seul en ligne de compte pour décider entre l'une ou l'autre de ces manières d'agir. Aujourd'hui la possibilité de conserver le rein, en se contentant d'extirper le trajet fistuleux, devra, à n'en pas douter, être sérieusement envisagée, et l'état d'asepsie du rein, ainsi que la perméabilité de l'uretère, seront les conditions que l'on devra rechercher avant de se décider à ce genre d'intervention. Si l'asepsie et la perméabilité uretérale existent, l'hésitation ne saurait être de mise ; au cas où ces deux conditions ne se rencontreraient pas, tous les efforts devront tendre à les

obtenir et à transformer en fistule urinaire simple la fistule uro-purulente avant de se résoudre à l'extirpation du rein ou à l'abstention.

Discussion.

M. Bouilly. Je félicite M. Tuffier du résultat qu'il a obtenu et approuve sans réserve la marche qu'il a suivie. Mais en dehors des contre-indications à cette méthode, signalées par M. Brun, il en est une qui reconnaît pour cause l'induration parfois considérable que subissent les tissus périrénaux à la suite des néphrotomies suivies de fistules. Le cas de M. Tuffier, où le rein fut facilement isolé et se prêta de bonne grâce à la suture, est un fait tout exceptionnel.

Lorsque la lésion est d'ancienne date, outre les indurations de la capsule du rein et des tissus voisins, il peut exister, du côté de la cavité péritonéale, des épaississements des adhérences à divers organes qui rendraient l'isolement du rein très laborieux et très dangereux, sinon tout à fait impossible. Chez une de mes malades qui portait une fistule purulente, il existait, en outre, très profondément, une tumeur du volume du poing. Je tentai d'amener l'oblitération de la fistule par l'ouverture du trajet et le grattage. Je dus franchir, pour arriver sur le rein, des tissus indurés, résistants, qu'il était impossible de reconnaître. Les altérations de cette nature constituent donc une contre-indication formelle de l'opération exécutée par M. Tuffier.

M. Marchand. J'ai pu me convaincre récemment de la justesse des observations de M. Bouilly. Chez un malade, âgé de 45 ans, auquel j'avais dû ouvrir très largement une vaste collection périnéphrique, il persista une fistule qui laissa couler pendant un certain temps de l'urine et du pus, puis du pus seulement. L'oblitération du trajet ne se complétant pas, je tentai de l'obtenir par une large dilatation au bistouri, suivie d'un grattage, avec pansement consécutif à plat, avec la gaze iodoformée.

Mon incision, faite profondément et au voisinage du rein, tomba sur des tissus durs, lardacés, absolument méconnaissables.

L'état du malade ne fut qu'amélioré, et lorsque je le perdis de vue, la fistule persistait et livrait toujours passage à du pus en faible quantité.

M. Le Dentu. M. Guyon a fait récemment une clinique qui a été publiée dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, proposant ce qu'a exécuté heureusement M. Tuffier. Théoriquement, le mérite du procédé revient donc à M. Guyon, qui en a, du reste, discuté les indications ; mais il serait dangereux dans

les suppurations rénales anciennes compliquées de fistules. Outre que, dans ces cas, l'asepticité du foyer est très exceptionnelle, les altérations des tissus rendent l'isolement du rein à peu près impossible; aussi rien n'est-il plus difficile et plus dangereux que la néphrectomie entreprise dans ces cas.

Si l'uretère est perméable et le rein petit, la désinfection possible, on est autorisé à tenter ce procédé. Mais la réunion de ces diverses conditions est très rare.

M. Brun. Les objections soulevées par MM. Bouilly et Marchand ont trait à des suppurations périnéphriques, à des cas différents donc de celui de M. Tuffier.

Comme M. Le Dentu, j'ai rappelé la clinique de M. Guyon. Je dois reconnaître pourtant que le plan opératoire suivi par M. Tuffier n'est pas absolument le même qu'a formulé M Guyon, puisque M. Tuffier, pour tomber plus aisément sur une région du rein complètement libre, a porté son incision bien en avant de celle qui avait été pratiquée pour la néphrotomie.

M. Bouilly. Je répète encore que, dans les cas de fistules rénales persistant depuis longtemps, l'atmosphère celluleuse du rein se transforme en un tissu dur, calleux, adhérent à l'organe, et qui parfois atteint une épaisseur considérable.

Rapport

Sur trois observations d'ovariotomie, du Dr Ledru, professeur à l'École secondaire de Clermont-Ferrand.

Rapport par le Dr J.-J. Peyrot.

Je résume en quelques mots les observations de M. le Dr Ledru :

Obs. I. — Femme de 59 ans, entrée le 30 juin 1888 à l'hôpital de Clermont. Tumeur volumineuse. Ponction d'une poche le 3 juillet; quelques phénomènes de péritonite. Ovariotomie le 6 août. Kysto multiloculaire avec deux grandes poches prédominantes. Guérison sans que la température atteigne 38° plus d'un seul jour.

Obs. II. — Malade de 32 ans ayant accouché trois mois auparavant, à 7 mois, de deux jumeaux, entrée le 13 septembre 1888 à l'Hôtel-Dieu de Clermont. Ovariotomie le 27 septembre, marquée par quelques incidents. Le trocart dont on s'est servi pour la ponction ne fonctionnant pas, M. Ledru a dû faire l'aspiration avec la plus grosse aiguille de l'aspirateur de M. Potain, ce qui a fait durer l'opération une demi-heure de plus.

Des adhérences nombreuses existent entre la tumeur et la paroi abdominale ; il y en a aussi avec le cæcum et le côlon ascendant.

A la base du pédicule, sous le péritoine, lorsque la tumeur est enlevée, M. Ledru découvre un hématome ancien, ainsi que le témoigne l'aspect des caillots qui le forment. Cette cavité est nettoyée, lavée à l'acide phénique fort et drainée.

La guérison n'a été troublée que par l'apparition de quelques abcès superficiels au niveau des points de suture. Elle a été complète le 2 novembre.

L'observation III est celle d'une malade de 54 ans, qui fut opérée le 7 novembre 1888 d'une tumeur formée par un grand kyste à parois épaisses, très adhérente à la paroi abdominale antérieure et à l'épiploon.

L'opération ne présenta aucun incident, et la guérison fut obtenue en quelques jours sans que la température dépassât 38°, malgré des quintes de toux et des accès de dyspnée qui se produisirent dès le soir de l'opération.

Toutes ces interventions ont été faites dans des conditions d'antisepsie aussi parfaites que possible, et nous ne pouvons — étant donné lo mauvais renom que possédait récemment encore, à ce point de vue, l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand — quo féliciter notre confrère d'avoir accompli résolument une réforme qui a produit déjà, comme vous le voyez par les faits qu'il apporte, les meilleurs résultats.

M. le Dr Ledru, dans les trois observations que je viens de résumer devant vous, a employé pour la ligature du pédicule un procédé compliqué que je suis obligé de critiquer en passant. Après avoir fait une série de ligatures enchainées (il s'agissait de pédicules un peu larges), l'opérateur croit utile d'étreindre encore le pédicule par un gros catgut placé au-dessous des ligatures. Il est clair que ce nouveau lien est parfaitement inutile si les réunions sont bien appliquées.

Mais c'est là une question de détail.

Il ne me semble pas qu'il y ait dans ces observations d'autres points intéressants à vous signaler. Je me borne donc à vous proposer de déposer dans vos archives les observations de M. le Dr Ledru, de lui adresser vos remerciements et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national de la Société de chirurgie.

Présentation de malades.

M. Maty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente deux

blessés : le premier, atteint de coup de feu du pariétal droit, avec fracture perforante et ostéite consécutive guérie par une double trépanation ; le second, de coup de pied de cheval à l'abdomen, avec déchirure partielle du duodénum, traité avec succès par la laparotomie et la suture intestinale. (Rapporteur, M. Chauvel.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 15 janvier 1890.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Deux cas d'empyème chronique avec fistules thoraciques, infructueusement traités par la thoracoplastie* (M. Bouilly, rapporteur) ;

3° *Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen*, par le Dr KAPOTANAKI, médecin militaire en Grèce (M. Reclus, rapporteur) ;

4° *Hydramnios, ponction, grossesse, arrivée à terme* (M. Tillaux, rapporteur).

Rapport.

Tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale,
par M. DE LARABRIE (de Nantes).[1]

Rapport par M. CH. MONOD.

M. de Larabrie, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes, nous a adressé un intéressant et important mémoire con-

sacré à l'étude des *tumeurs des glandules de la muqueuse buccale*, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. En le faisant, je serai nécessairement entraîné à toucher à certains points qui relèvent plus de l'histologie pure que de la chirurgie courante. Aussi fais-je d'avance appel à votre indulgence pour ce que cette analyse aura d'un peu aride et de trop technique. J'aurai soin d'ailleurs, en terminant, de montrer avec l'auteur les conclusions pratiques qu'il est possible de tirer de ses recherches anatomiques.

Voici ce dont il s'agit. Chez des sujets adultes entre 19 et 60 ans, chez l'homme aussi bien que chez la femme, se rencontrent soit à la voûte ou au voile du palais, soit à la face interne des lèvres ou des joues, des tumeurs dont l'origine semble devoir être rattachée à une altération des glandes de la muqueuse buccale. Leur volume varie depuis les plus petites dimensions jusqu'à celui d'un œuf de poule et au delà. Leur forme est ordinairement arrondie ; leur surface plus ou moins lobulée ; leur consistance ferme, élastique, quelquefois fluctuante par places.

Toutes ont ce caractère commun que la muqueuse buccale à leur niveau est intacte et glisse au devant d'elles sans y adhérer. Comme, d'autre part, la tumeur, grâce à une sorte de capsule fibreuse qui l'enveloppe, n'offre avec les parties profondes aucune connexion intime, il en résulte que ces productions sont facilement énucléables.

A ce trait, qui implique l'idée d'une bénignité relative, il faut joindre ce que l'on sait de la marche de ces tumeurs, qui n'est aucunement celle d'un néoplasme malin. Leur développement est essentiellement lent ; chez la plupart des opérés, l'affection datait de plusieurs années. Jamais d'ulcération. La dégénérescence ganglionnaire n'aurait été observée que dans un seul cas ; nous y reviendrons.

Ces tumeurs siègent de préférence à la voûte et au voile du palais, où elles ont été déjà décrites par de nombreux auteurs [1]. M. de Larabrie a montré que celles observées plus rarement par d'autres [2] et par lui-même aux lèvres et aux joues sont de même nature, et que les unes et les autres doivent être rapprochées

[1] DEBOUT, *Bull. gén. de thérapeutique*. Paris, 1852. — PARMENTIER, *Gazette médicale*. Paris, 1856. — FANO, *Thèse d'agrégation*. Paris, 1857. — ROUYER, *Moniteur des hôpitaux*. Paris, 1857 ; et rapport de RICHARD sur ce mémoire (*Bull. de la Soc. de chir.*, novembre 1856). — LETENNEUR, *Arch. gén. de médecine*, 6e série, t. XVII, p. 529. Paris, 1871. — PYTHON, *Thèse de Paris*, 1875. — OTT, *Thèse de Paris*, 1880. — FONNEGRA, *Thèse de Paris*, 1883. — STEPHEN PAGET, *Bartholomew's Hospital Reports*. Londres, 1886.

[2] PEROCHAUD, Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Thèse de Paris*, 1884-1885, n° 167), et BROCA, *Manuel de pathologie externe de* Jamain et Terrier, continué par Broca et Hartmann, t. III, p. 682

des productions analogues qui se développent dans les grosses glandes salivaires (Thaon, Stéphen Paget).

Il est moins facile de s'entendre sur la nature exacte et la définition anatomique de ces tumeurs.

Nélaton [1], qui, le premier, les signala à l'attention des observateurs, les considérait comme de simples hypertrophies glandulaires. Cette opinion eut longtemps cours en France. C'est dans le groupe des adénomes que sont rangés par leurs auteurs les faits de Marjolin, Michon, Velpeau, Rennes, Laugier, Letenneur, etc. [2].

Richard [3] cependant dès 1856, dans un rapport qu'il lut ici même sur le travail de Rouyer, contestait la justesse de cette dénomination.

Mais sa protestation resta isolée. Il faut venir jusqu'aux examens histologiques, faits par Thaon [4] en 1872, d'une tumeur enlevée par le professeur Verneuil; par Coyne [5] en 1874, d'une pièce qui vous avait été présentée par notre collègue M. Després [6] sous le nom d'adénome kystique, pour voir clairement s'établir la nature néoplasique de ces productions, faussement considérées jusqu'alors comme de simples hypertrophies des glandes palatines.

Les noms de *sarcome glandulaire* (Coyne), de *myxome lipomateux de la voûte palatine* (Thaon) employés par ces observateurs pour désigner les produits qu'ils avaient examinés avaient le défaut de laisser complètement dans l'ombre la part que l'élément épithélial prend à la constitution de la tumeur.

Or, il est certain, et c'est là ce qui avait fait l'erreur de leurs prédécesseurs, que la prolifération épithéliale est toujours considérable, parfois même absolument prépondérante. Aussi les plus récents auteurs n'ont-ils pas hésité à ranger ces tumeurs dans la grande classe des *épithéliomes.*

Fonnegra [7], dans une bonne thèse soutenue à Paris en 1882, a, le premier, croyons-nous, défendu cette opinion, en l'étayant d'examens anatomiques personnels et démonstratifs.

C'est à cette manière de voir que se range M. de Larabrie. Il a

[1] Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1851; et Fonnegra, thèse citée, p. 18.

[2] Marjolin, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1851, 1re série, t. II, p. 79 — Michon, *Ibid.*, 1852, même tome, p. 434. — Velpeau, deux observations (Bauchet, *Moniteur des hôpitaux*, 1853; et Rouyer, mémoire cité). — Rennes (de Bergerac), *Gazette des hôpitaux*, 1855. — Laugier, *Moniteur des hôpitaux*, 1856. — Letenneur, *loc. cit.*

[3] Richard, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856, 1re série, t. VII, p. 215.

[4] Thaon, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 353.

[5] Coyne, *Ibid.*, 1874, p. 577.

[6] Després, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, 3e série, t. III, p. 371.

[7] Fonnegra (L.), Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais. (*Thèse de Paris*, 1883, n° 286.)

montré que vraie pour les tumeurs du voile palatin et de la voûte, comme le soutenait M. Tonnegra, elle l'est aussi pour celles des lèvres et de la joue.

Notre confrère a, de plus, établi que cette variété d'épithéliome glandulaire est loin d'être un épithéliome pur, exclusivement formé de cellules épithéliales et d'une trame partout semblable à elle-même. Toujours il s'y mêle différents tissus appartenant à la série conjonctive, tissus fibreux, cartilagineux, myxomateux, élastique.

Il fait remarquer enfin que dans ces tumeurs les cellules épithéliales et la trame interposée ont une tendance marquée à subir la dégénérescence muqueuse, d'où résulte la formation de cavités kystiques altérant encore la physionomie de ces productions.

Ces apparences et cette structure complexe justifient le nom d'*épithéliomes mixtes*, sous lequel M. de Larabrie propose de désigner les tumeurs dont il a entrepris l'étude.

Il ajoute que le mode de constitution de la trame permettra d'établir entre elles les distinctions suivantes : « La trame est-elle constituée par plusieurs tissus de la série conjonctive, la tumeur sera un *épithéliome à trame mixte* sans autre qualification ; si, au contraire, parmi ces divers tissus, l'un d'eux a une prédominance très marquée, on donnera à la tumeur les noms d'épithéliome à *trame fibreuse*, à *trame myxomateuse*, à *trame enchondromateuse* ou, pour abréger, ceux de *fibro, myxo, chondro-épithélioma.* »

Un dernier point est relevé par M. de Larabrie. Il a observé que si, dans les tumeurs jeunes, l'élément épithélial est constant et prépondérant, il peut se faire qu'à la longue l'élément conjonctif, proliférant activement, s'infiltre entre les masses cellulaires, les dissocie, les amoindrisse jusqu'à les faire disparaître complètement et se substituer à elles.

Notre confrère croit que cette évolution, qui serait relativement fréquente, peut, de même que l'enkystement déjà signalé de ces tumeurs, rendre compte de leur bénignité relative.

Dans d'autres cas plus rares, les éléments cellulaires rompent au contraire la barrière conjonctive qui les enserre et se répandent dans la trame. Le pronostic acquiert alors une toute autre gravité.

Nous touchons ici à un point fort intéressant d'anatomie pathologique générale.

On sait que les tumeurs d'origine épithéliale peuvent se présenter sous trois formes, l'*adénome*, l'*épithéliome typique* et l'*épithéliome métatypique*, qui se distinguent entre elles, comme nous l'avons rappelé ailleurs[1], soit par la nature et la morphologie

[1] Monod (Ch.) et Arthaud (G.), Considérations sur la classification des tumeurs du testicule. (*Revue de chirurgie*, mars 1887.)

des éléments cellulaires, soit par les rapports de ces éléments avec les tissus voisins.

Si ces éléments conservent leur forme ainsi que leurs rapports normaux avec les tissus voisins, on aura affaire à une simple hyperplasie, à un *adénome*, variété rare, que l'on a faussement crue beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est.

L'*épithéliome* est caractérisé, au contraire, par une altération soit de la forme des éléments épithéliaux, soit de leurs rapports avec les parties ambiantes.

L'épithéliome est dit *typique* s'il y a conservation de la forme des éléments et seulement altération des rapports : c'est le *cancroïde* des anciens auteurs.

L'épithéliome est dit *atypique* lorsqu'il y a modification simultanée de ces deux grands caractères. C'est le *cancer* des cliniciens, la *carcinome* des histologistes.

A considérer les choses de la sorte, on comprend qu'il n'y ait pas entre ces diverses formes une ligne de démarcation absolument tranchée, et qu'il puisse y avoir parfois passage de l'une à l'autre.

Il nous est facile de faire application de ces données générales aux cas étudiés par M. de Larabrie.

Il admet que dans quelques cas la disposition des éléments épithéliaux est telle qu'elle rappelle celle de la glande saine. Ces cas confirment l'*adénome*. Il les désigne sous le nom d'*épithéliome type adénome*. Ce sont les plus rares.

Dans la plupart, les cellules épithéliales ont bien l'aspect des cellules de la glande, mais ne se groupent pas entre elles de façon à en imposer pour des culs-de-sac glandulaires. Il ne s'agit donc plus ici d'une simple hyperplasie. La tumeur est un épithéliome vrai, *épithéliome typique*, d'après la définition qui a été donnée plus haut. Forme relativement bénigne, au moins dans cette région, pour les raisons déjà énoncées.

Parfois, enfin, les cellules s'éloignent manifestement du type glandulaire; de plus, le tissu conjonctif est envahi, les éléments cellulaires s'y disposent en petits amas qui rappellent les alvéoles du carcinome. A vrai dire, la tumeur, en certains points du moins, a tout l'aspect du carcinome; elle peut en avoir aussi la gravité.

On ne saurait donc admettre avec certains auteurs la bénignité absolue, constante et certaine des épithéliomes glandulaires de la muqueuse buccale. M. de Larabrie fait à ce sujet, et avec raison, les plus expresses réserves. Nous avons déjà dit d'ailleurs que chez l'un de ses malades, opéré par M. Heurtaux, il s'était produit un engorgement ganglionnaire considérable, preuve non contestable d'un propagation à distance possible. Je mets sous vos

yeux la photographie de cet homme; à la simple inspection, il est évident qu'il ne pouvait s'agir là d'une tumeur indifférente.

Et cependant, même dans ce cas, le développement du mal avait été très lent, et deux ans après l'ablation il n'y avait pas encore trace de récidive.

La conclusion pratique à tirer de ces diverses considérations s'impose ; — puisque, d'une part, les tumeurs glandulaires de la muqueuse buccale sont, pendant une longue période, d'allure bénigne et facilement énucléables; — puisque, d'une autre part, leur transformation en néoplasie d'un plus mauvais caractère est possible; que les ganglions longtemps respectés peuvent être finalement envahis, — il est clair qu'il y aura tout avantage à intervenir de bonne heure et à pratiquer une ablation qui ne présente ordinairement aucune difficulté.

Je ne me flatte pas d'avoir, dans les lignes qui précèdent, donné une idée complète de l'important mémoire de M. de Larabrie. Je n'ai voulu qu'en relever les points principaux. Encore moins ai-je pu passer en revue les seize observations annexées à son travail, dont quelques-unes accompagnées d'examens histologiques personnels mériteraient assurément un plus long examen.

J'en ai dit assez cependant pour justifier les propositions suivantes :

1° Adresser à notre confrère nos remerciements et nos félicitations ;

2° Déposer honorablement dans nos Archives son mémoire, malheureusement trop étendu pour trouver place dans nos Bulletins ;

3° L'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Discussion.

M. Verneuil. M. Monod a rapporté une observation de mon service dont l'examen histologique avait été pratiqué par Thaon, très compétent dans la matière. J'ai soutenu depuis bien longtemps déjà que la structure des tumeurs du voile du palais, rangées autrefois dans la catégorie des adénomes, était loin d'être identique, ainsi qu'en témoignent des cas assez nombreux publiés dans nos Bulletins.

J'ai trouvé des myxomes, des adénomes, des myxo-épithéliomes, des fibro-chondromes, toutes tumeurs appartenant du reste à la catégorie des tumeurs bénignes.

Je n'ai jamais rencontré de carcinomes primitifs du voile du palais ou de la voûte palatine.

Certaines de ces tumeurs peuvent présenter pourtant une malignité relative. Il s'agit dans ces cas de tumeurs de récidive dans lesquelles on constate ces véritables substitutions de tissus que M. Ricard a décrites dans sa thèse.

Il m'est arrivé de voir récidiver à l'état de carcinome des tumeurs du voile du palais que j'avais extirpées d'abord sous la forme bien moins maligne d'adéno-fibromes.

L'extirpation n'est du reste jamais complète tant que la capsule celluleuse du néoplasme a été ménagée. C'est le tissu conjonctif de cette dernière qui subit la transformation sarcomateuse. Aussi depuis longtemps ai-je pris l'habitude d'exciser une grande partie de la paroi antérieure de cette coque celluleuse, puis de cautériser au thermocautère le reste de la poche.

M. Quénu. Les faits que vient de signaler M. Verneuil sont susceptibles d'une autre interprétation. M. Ranvier avait déjà appelé l'attention sur les tumeurs adénoïdes, qui récidivent toujours à l'état de carcinomes ; c'est ce que M. Verneuil a observé pour les tumeurs palatines.

On peut donc prétendre, ou que l'élément glandulaire ayant été extirpé, les parties conjonctives restantes ont proliféré sous la forme de sarcome ; ou bien que ces tumeurs sont primitivement d'origine conjonctive, les éléments glandulaires qu'elles renferment ne jouant qu'un rôle purement accessoire ; enfin qu'il ne s'agit dans ce cas ni d'épithéliomes ni de sarcomes vrais, mais de tumeurs complexes, où prédominent tantôt l'élément glandulaire, tantôt l'élément conjonctif et ses dérivés.

M. Desprès. La clinique prête parfois un utile concours aux examens histologiques. Je rappellerai à ce sujet que j'extirpai en 1874 un adénome du voile du palais que je présentai à la Société anatomique.

Les membres présents n'hésitèrent pas à considérer ce néoplasme comme un sarcome. Or la malade, dont j'ai eu des nouvelles tout récemment, est encore aujourd'hui (janvier 1890) sans trace de récidive. Il faut tenir grand compte, dans l'appréciation des degrés de malignité d'une tumeur, de la lenteur ou de la rapidité de son développement.

M. Monod. L'anatomie pathologique et la clinique ne peuvent encore aujourd'hui se donner la main. J'ai fait ressortir précisément qu'entre les formes bénignes adénomes et les formes très malignes carcinomes il n'existe que des degrés de transition.

C'est, comme je l'ai dit dans mon rapport, le cas d'un des malades observés par M. de Laratrie. La tumeur, de structure

simple en apparence, ne ressemblait en effet par aucun caractère objectif à une tumeur bénigne.

Présentation de malades.

I. — M. Berger présente un malade âgé de 9 ans auquel il a extirpé les deux astragales ; opération nécessitée pour le redressement d'un double pied bot congénital varus (équin?)

Double pied bot varus congénital traité par l'extirpation de l'astragale et la résection de la partie antérieure du calcanéum, par M. Paul Berger.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans sur lequel les appareils orthopédiques les mieux faits avaient été employés sans succès pendant plusieurs années. L'enroulement du pied autour de son bord interne était dans ce cas bien plus marqué que l'équinisme ; il y avait une véritable flexion avec subluxation de l'avant-pied sur la première rangée du tarse : d'ailleurs, le calcanéum était très allongé, très grêle, et sa face externe semblait incurvée ; la saillie du talon, les dimensions verticales du calcanéum étaient moindres que sur un pied normal. La marche s'effectuait sur la face dorsale du pied qui présentait à droite comme à gauche une bourse séreuse à ce niveau.

Convaincu que l'extirpation de l'astragale (dont on sentait de chaque côté la poulie presque entièrement au dehors de la mortaise tibio-péronière) ne suffirait pas à corriger la déviation et surtout l'enroulement de l'avant-pied, je résolus d'y joindre toutes les excisions nécessaires pour redresser le pied et lui rendre sa forme.

Le pied gauche fut opéré le premier au mois de juillet 1889. Une incision sur la face dorsale du pied permit, en ménageant tous les tendons, d'arriver sur l'astragale et de l'énucléer sans difficulté (je n'ai jamais eu, même chez des adultes, besoin de joindre à cette incision une autre incision au niveau de la malléole interne). Aussitôt après il fut possible de ramener le pied dans la flexion sur la jambe, mais l'enroulement de l'avant-pied persistait ; j'excisai alors avec une pince coupante deux centimètres et demi environ de l'extrémité antérieure du calcanéum, ce qui permit de redresser entièrement l'axe du pied. Après quelques lavages au sublimé, je réunis les parties profondes, ligaments divisés, périoste, avec une suture perdue en surjet au catgut. Un second plan de sutures perdues fut établi sur la division des parties molles profondes, aponévroses, muscle pédieux, tendons. Enfin, une suture superficielle complète, sans drainage, réunit la peau. Pansement au salol, compression ouatée, maintenue par une attelle plâtrée fixant le membre dans une bonne attitude. Ce pansement fut laissé 21 jours en place : quand je le retirai, la plaie était complètement réparée.

Le pied droit fut opéré exactement par le même procédé, il y a cinq semaines ; la plaie, entièrement réunie sans drainage, guérit également sous un seul pansement. Il y a une dizaine de jours seulement que j'ai permis au petit opéré de se lever ; comme vous pouvez en juger, il marche déjà bien. Vous pouvez constater que l'enroulement du pied a totalement disparu à droite, presque complètement à gauche, et qu'il n'y a plus trace d'équinisme. Le pied reste plus court que ne l'est normalement le pied d'un enfant de cet âge, mais son axe longitudinal, passant par le deuxième métatarsien, prolongé, tombe dans l'articulation tibio-tarsienne et est absolument rectiligne. L'articulation du cou-de-pied semble normale, et l'on ne pourrait se douter de l'étendue de la résection osseuse à laquelle il a fallu avoir recours.

Ce résultat me paraît bien meilleur que celui que j'ai obtenu par l'extirpation pure et simple de l'astragale. J'ajoute que la réunion complète sans drainage avec suture profonde perdue au catgut me paraît avoir favorisé le prompt retour des mouvements, et le rétablissement d'une articulation solide à la place de l'articulation tibio-tarsienne.

Discussion.

M. Le Fort. Le résultat très remarquable obtenu par M. Berger me rendrait partisan absolu de son opération si de temps à autre des résultats déplorables n'en étaient la conséquence. Il convient donc de faire certaines réserves à ce sujet.

M. Terrillon. L'année dernière, j'ai pratiqué à huit jours d'intervalle, sur les deux pieds, l'extirpation de l'astragale. Je suis d'avis que la marche est très utile aux opérés, et qu'il n'y a point lieu en conséquence de mettre un trop grand intervalle entre les deux opérations. Le résultat dans le cas auquel je fais allusion a été excellent, et l'opéré marche très bien.

M. Le Fort. Les méthodes de patience donnent également de beaux résultats. Il y a deux ans, après avoir fait la section de l'aponévrose plantaire, j'ai appliqué un appareil silicaté, puis par-dessus un plâtre, maintenant une parfaite réduction pendant la dessiccation du premier appareil. L'appareil plâtré fut enlevé le sixième jour, et je fis marcher le malade avec son appareil silicaté. La correction a été complète. Je tiens à faire observer que ce procédé a été du reste déjà recommandé en Allemagne.

M. Humbert. J'ai opéré, en 1888, un malade dont je compte présenter le moulage à la prochaine séance. J'ai dû pratiquer tout à la fois chez un enfant de 10 ans, pour obtenir une bonne correction, l'extirpation de l'astragale, la section de la grande apo-

physe du calcanéum, et celle de l'aponévrose plantaire. Je n'ai point fait de drainage et ai obtenu immédiatement une correction parfaite.

L'enfant va très bien actuellement.

M. Berger. Je n'opère point avant d'avoir constaté l'inefficacité des sections tendineuses et des appareils. Je n'ai opéré si tardivement mon malade de son second pied que pour des circonstances spéciales, qui n'ont trait à aucune doctrine chirurgicale. Je dois dire pourtant que je n'opère le second pied que lorsque j'ai pu constater l'absence de toute complication du côté de la première opération. La mobilité est meilleure depuis que je ne fais plus de drainage et obtiens la première intention.

II. — M. Tillaux présente un malade porteur d'une phlébartérie de la région supérieure gauche du cou.

Le malade, âgé de 32 ans, reçut le 14 juillet 1888, à 2 mètres de distance, une balle de revolver de 12 millimètres, qui pénétra vers l'angle inférieur du maxillaire inférieur gauche. Hémorrhagie immédiate assez abondante, tuméfaction considérable du cou ; transport du malade dans le service de M. Tillaux.

Le 15, la tuméfaction du cou avait notablement diminué ; gêne marquée de la déglutition.

22 *juillet*. Le malade, dont l'état s'est progressivement amélioré, a tout à coup la sensation de bourdonnements et de sifflements dans la tête du côté blessé.

Depuis lors, cet état a persisté, et le malade, qui perçoit toujours ces bruits anormaux dans les oreilles, les tempes, le front, désirerait vivement une amélioration de ces accidents qui lui sont devenus excessivement pénibles et jettent un trouble fâcheux dans sa manière de vivre en général.

On ne constate, du reste, aucune tumeur ni tuméfaction appréciable de la région ; le maximum d'intensité du thrill siège à niveau de l'angle de la mâchoire; aucune dilatation des veines superficielles de la région.

Discussion.

M. Le Fort. Mon opinion formelle est que, dans l'espèce, la ligature de la carotide est une mauvaise opération.

La statistique, il est vrai, montre que les accidents cérébraux sont rares lorsqu'elle est pratiquée pour des tumeurs pulsatiles de l'orbite, mais, de plus, elle prouve qu'elle est presque toujours inefficace dans les anévrysmes artério-veineux.

La gêne ou les douleurs causées par les varices anévrysmales des artères des membres sont supportables en général, et j'ai vu

des malades vivre longtemps et sans trop de peine, avec des ennuis analogues à ceux dont se plaint le malade de M. Tillaux.

Si on devait quand même intervenir, je conseillerais de tenter la compression digitale prudemment exercée; car les accidents qu'elle a parfois causés ont toujours été bien moins sérieux que ceux de la ligature.

Si ce moyen était bien supporté, on serait peut-être autorisé à recourir à cette dernière.

M. Trélat. Je souscris complètement aux opinions que vient d'émettre M. Le Fort. La lecture des observations montre en effet que la compression n'amène la guérison que lorsqu'il s'agit d'anévrysmes récents, datant de huit jours, quinze jours, un mois, deux mois au plus. Plus tard elle ne donne plus aucuns résultats.

Quant à la ligature par la méthode d'Anel, elle offre ici une gravité qui n'est nullement compensée par ses avantages; car elle échoue presque constamment. Si donc la situation du malade est tolérable, que sa vie ne soit point menacée, il faut s'abstenir et attendre.

Mais, s'il survient des accidents menaçants (ce qui arrive assez fréquemment) et que le malade réclame impérieusement une intervention, ce n'est plus la ligature à distance qui conviendrait, mais bien celle des quatre vaisseaux lésés, opération seule vraiment utile et bien moins dangereuse que la ligature de la carotide primitive.

M. Berger. Je pense comme M. Trélat que la ligature à distance serait d'autant plus grave ici qu'elle entraînerait un défaut d'irrigation plus considérable.

Si on intervenait, peut-être trouverait-on un accolement complet des quatre vaisseaux. Je suis, en tout état de cause, partisan de la ligature quadruple, ainsi que de celle des autres vaisseaux qui accidentellement communiqueraient avec la varice anévrysmale.

M. Le Fort. Malgaigne a montré, il y a longtemps, que la ligature d'Anel échoue contre la phlébartérie des membres. Il n'y a point, en tout cas, de parité à établir entre la gravité de la ligature dans ces cas et celle de la carotide primitive. Les malades peuvent vivre avec les inconvénients que leur cause la lésion artério-veineuse; ils succombent avec les coagulations dans les artères cérébrales, provenant du caillot chirurgical; car, il faut se le rappeler, les accidents cérébraux sont presque toujours consécutifs.

M. Quénu. Il me semble que les accidents cérébraux sont moins à craindre dans les ligatures pratiquées pour des communications

artério-veineuses, puisque la tension artérielle cérébrale a toujours subi une déchéance notable.

Les accidents cérébraux dus à la ligature de la carotide sont du reste souvent primitifs. Dans un cas où je dus lier cette artère pour réprimer une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'un grave épithélioma du cou, mon malade, au moment même où j'opérai la striction du vaisseau, fut pris d'accidents dont il ne se releva pas.

M. Després. Je considère l'abstention d'autant mieux indiquée que le diagnostic ne peut être complet, dans l'espèce. Qui sait s'il n'existe quelque communication avec une veine ou plusieurs veines de petit volume, qu'il serait impossible d'isoler.

M. Trélat. M. Le Fort, au sujet de la genèse des accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide par la méthode d'Anel, ne me semble pas tenir suffisamment compte des caillots emboliques procédant à de l'anévrysme lui-même.

M. Le Fort. La thrombose joue ici un rôle prédominant, ainsi qu'en fait foi la période à laquelle se montrent d'habitude les accidents.

M. Tillaux. Je suis d'avis, comme l'unanimité de mes collègues, qu'il y a lieu de surseoir ici à toute tentative opératoire.

Élections.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Nombre de votants, 31 ; majorité, 16.

Sont élus :

MM. Roux (de Lausanne).................	31	voix.
Wölfler (de Gratz)..................	30	—
Pereira-Guimaraès (de Rio)...........	29	

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

1er *tour*. — Votants, 32 ; majorité, 17.

Sont élus :

MM. Duret (de Lille)....................	28	voix.
Chavasse (armée)..................	23	—
Tachard (armée)....................	23	—

2e *tour*. — Votants, 33 ; majorité, 17.

Sont élus :

MM. Masse (de Bordeaux)............... 23 voix.
Badal (de Bordeaux)............... 23

Comité secret.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 29 janvier 1890.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° Des lettres de remerciement de MM. ENCRARD, DURET, CHAVASSE, BADAL et MASSE, nommés correspondants nationaux ; ROUX et WÖLFLER, nommés correspondants étrangers ; L. H. PETIT, DELBET, SCHMIT et BŒCKET, lauréats de la Société ;

3° *Expériences sur la régénération des os* de Michel TRAJAN, traduction de M. VESTREMER, membre correspondant national ;

4° Les *comptes rendus de l'Académie des sciences* de 1879 à 1889, offert par M. le baron LARREY ;

5° *Rapport sur le fonctionnement du service hygiénique et médical de la section des colonies françaises à l'Exposition universelle*, par le Dr DELANNOY ;

6° MM. Horteloup et Pozzi s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

7° M. Piéchaud (de Bordeaux) envoie deux observations de *pied bot, extirpation de l'astragale* (M. Lucas-Championnière, rapporteur);

8° M. Reclus présente en son nom et au nom de ses collaborateurs le premier volume de leur *Traité de chirurgie.*

A propos du procès-verbal.

Traitement du pied bot invétéré.

M. Nélaton. Malgré les résultats obtenus dans la thérapeutique des pieds bots invétérés par l'extirpation de l'astragale, résultats dont M. Berger vous présentait encore un exemple à votre dernière réunion; malgré les bons effets de la méthode de Phelps que vous signalait, il y a peu de temps, M. Kirmisson, je me permettrai aujourd'hui d'appeler votre attention sur un procédé opératoire appliquable à la thérapeutique des pieds bots invétérés. Bien que signalé par Rydygier, il ne paraît pas avoir été favorablement accueilli. Cependant il a, selon moi, pour avantage de ne sacrifier que le minimum des parties utiles du squelette du pied et mérite, à ce titre, d'être au moins essayé. Pour ma part, j'ai employé ce procédé deux fois, et les bons résultats qu'il m'a donnés m'ont engagé à le soumettre à votre appréciation.

Je vais vous rapporter ces deux observations, et j'insisterai surtout sur la description du manuel opératoire, puis je vous montrerai que les lésions anatomiques, constatables sur les pièces du musée Dupuytren, justifient la conduite que j'ai suivie.

Obs. I. — Une enfant de 8 ans entre, le 9 juillet 1889, dans le service de mon maître, M. Perier, que je suppléais en ce moment. Cette enfant porte deux pieds bots congénitaux arrivés à une période de déformation telle que la marche avec des béquilles est à peine possible et que les parents réclament une intervention, quelle qu'elle soit, pour parer à une semblable infirmité.

Les déformations sont les suivantes : *Pied droit.* Vu de face, le pied fait avec la jambe un angle de 40°. Vu de profil et en dehors, le pied a la forme d'un moignon arrondi; il se termine au niveau de l'articulation médio-tarsienne, l'extrémité antérieure du calcanéum appuie sur le sol. L'axe du calcanéum est presque vertical et parallèle à l'axe de la jambe. En avant, la tête et la poulie astragaliennes forment une forte saillie au devant de la mortaise. Il est impossible de corriger,

même un peu, le varus ou l'équinisme. Atrophie considérable des muscles de la jambe.

Pied gauche. Mêmes déformations encore plus accentuées; ce qui prédomine ici, c'est la saillie extérieure de la région antéro-latérale de la poulie astragalienne sortie de la mortaise. Bourses séreuses développées sur la saillie du calcanéum en bas, sur la saillie du cinquième métatarsien et sur la malléole externe.

Le 12 juillet, après m'être renseigné auprès de mon collègue et ami, M. Kirmisson, sur le modus faciendi, pour obtenir de la méthode de Phelps tout ce qu'elle peut donner, après avoir vu les résultats des opérations faites par lui à l'Hôtel-Dieu, je me décidai à employer d'abord cette méthode, prêt, si elle échouait, à corriger le varus par la tarsectomie cunéiforme. La malade étant donc endormie, l'hémostase assurée par une bande d'Ennarck, je commençai cette opération avec le précieux concours de mon maître, M. Périer.

J'opérai d'abord le pied droit, et je pratiquai à sa face interne, à un travers de doigt au devant de la malléole interne, l'incision de Phelps. J'incisai les téguments, le tissu cellulaire, le tendon du muscle jambier postérieur, le ligament deltoïdien de l'articulation tibio-tarsienne et entrai dans l'articulation scapho-astragalienne; en bas, j'avais divisé tous les muscles de la région plantaire interne jusqu'au cordon vasculo-nerveux que je voyais au fond de ma plaie. Cela me permit de redresser un peu le varus, mais la courbure du fond en dedans restait encore très prononcée. Je me décidai alors à faire une excision cunéiforme de la partie externe du squelette du tarse, sur la face dorsale externe du pied, immédiatement au-dessous de la saillie formée par la tête astragalienne; je fis donc une incision semi-lunaire. Elle me permit d'extirper la tête de l'astragale, et une fois cette tête extirpée, je ne pus encore corriger la déviation. Je réséquai alors une portion de la grande apophyse du calcanéum, et le varus fut complètement corrigé. La ténotomie d'Achille me permit aussitôt de faire disparaître l'équinisme.

Le pied, ainsi ramené à angle droit et dans une rectitude parfaite, fut immobilisé dans un plâtre (l'incision de Phelps avait été bourrée de gaze au salol, l'incision externe suturée au crin de Florence).

Au bout d'un mois la guérison des plaies était obtenue et le pied avait une attitude parfaite qu'il a conservé. Je n'insiste pas, pour l'instant, sur cette première observation, et j'en retiendrai seulement ce fait : que malgré la section de Phelps, aussi complète que possible, la correction du varus demeura impossible; l'extirpation de la tête astragalienne ne permit même pas le redressement complet, qui n'eut lieu qu'après la résection d'une portion de la grande apophyse du calcanéum.

J'arrive immédiatement à la relation des opérations que je fis sur le pied gauche. Satisfait du résultat obtenu sur le pied droit, je me proposai de suivre une deuxième fois la même conduite; aussi, le 29 juillet, je commençai par faire sur le pied droit l'incision de Phelps. Elle fut bientôt suivie, comme la première fois, de la résection de la tête

astragalienne, puis de la portion antérieure de la grande apophyse du calcanéum.

Ces différentes sections osseuses me permirent de corriger le varus presque complètement. Je fis alors la ténotomie d'Achille ; mais contre mon attente cette section ne me donna aucun résultat, et, malgré mes efforts, le pied resta étendu en équin sans que je pusse le redresser d'une ligne. Le varus était donc seul corrigé. J'immobilisai le pied dans un appareil plâtré, pansai et suturai les plaies comme j'avais fait pour le pied droit, et, au bout d'un mois, les plaies étaient cicatrisées, mais le pied était en équin presque direct avec une légère tendance cependant à se tordre en dedans. Avec cette déviation, la marche restait difficile, et je devais songer à y porter remède.

En examinant à nouveau l'enfant et en étudiant soigneusement son pied, je constatai que la rétraction des gastrocnémiens avait attiré le calcanéum en haut de façon à lui donner une direction presque verticale, que cette position du calcanéum avait fait exécuter à l'astragale un mouvement de bascule en avant dans lequel cet os s'était incliné de façon à présenter sa surface articulaire supérieure directement en avant, et dans ce mouvement la facette articulaire externe de l'astragale était sortie presque en totalité de la mortaise.

Sur la facette externe de l'astragale émergeant de la mortaise, il était facile de reconnaître à la palpation une saillie osseuse volumineuse qui venait buter contre le bord antérieur de la malléole externe lorsqu'on essayait de fléchir le pied et qui arrêtait alors ce mouvement d'une façon absolue.

Je pensai qu'il n'y avait pas d'autre obstacle à la flexion, et que l'ablation de cette véritable *cale* me permettrait de corriger l'équinisme. Aussi, le 10 octobre 1889, je procédai à cette nouvelle opération. Une incision verticale fut faite sur cette saillie astragalienne. Passant entre le bord antérieur du péroné et le bord externe des tendons extenseurs, j'entrai dans l'articulation tibio-tarsienne ; je reconnus cette saillie de la facette externe et la fis sauter d'un coup de ciseau, ainsi que tout le bord externe de la poulie astragalienne. Ceci étant fait, je renouvelai la section du tendon d'Achille ; la réduction de l'équinisme se fit aussitôt.

J'eus l'idée, après avoir constaté l'existence de cet obstacle réel à la réduction de l'équinisme dans le cas que je venais d'opérer, de rechercher si son existence était rare ou fréquente. Je le retrouvai sur toutes les pièces de pieds bots invétérés, conservées au musée Dupuytren, sur lesquelles des ligaments desséchés ou une couche de vernis opaque n'empêchent point l'observation. (Pièces 455, 455 A et 455 B.)

J'eus encore l'occasion d'en reconnaître toute l'importance dans le cas suivant que, grâce à la bienveillance de mon maître, M. Périer, j'ai opéré le mois dernier dans son service.

Obs. II. — Il s'agit d'une enfant de dix ans, Marie Bourdon, traitée

déjà depuis plusieurs années en province par la ténotomie, par le port d'appareils assez compliqués sans qu'on eût obtenu aucun redressement du pied gauche. Celui-ci est dévié de telle façon que l'arrière-pied est presque vertical, que l'avant-pied est courbé sur lui à angle droit et que la malade marche sur son bord externe et sur l'extrémité antérieure du calcanéum.

L'examen du pied nous permit de reconnaître là encore et tout de suite la cale formée par la saillie de la facette externe de l'astragale. Cette cale empêchait tout mouvement de flexion. Le 26 décembre, j'opérai cette enfant, et je fis comme dans le cas précédent une incision qui me conduisit au bord externe de l'articulation tibio-tarsienne; je fis sauter d'un coup de ciseau la cale osseuse et le bord externe de la poulie astragalienne, et ayant fait suivre cette résection de la ténotomie d'Achille, je réduisis immédiatement et complètement l'équinisme.

Restait à combattre le varus dont je veux à présent vous dire quelques mots, pour vous exposer les constatations faites au cours de mes opérations et sur les pièces du musée.

L'examen des pièces anatomiques permet de reconnaître que sur les pieds bots, varus invétérés dans lesquels la déviation est telle que le pied est coudé à angle droit au niveau de l'articulation médio-tarsienne, la disposition des os du tarse est la suivante : le scaphoïde s'est luxé en dedans de la tête et du col de l'astragale hypertrophiés et répond à leur face interne. Il en résulte que cette partie antérieure de l'astragale exubérante fait saillie en avant et en dehors, masquant en partie le cuboïde qui est en dessous et en arrière d'elle. On pourrait croire que le varus est précisément et exclusivement maintenu par cette saillie de la tête de l'astragale, en dedans de laquelle se trouve fixé le scaphoïde luxé. Mais il n'en est rien, et lorsque cette tête hypertrophiée est réséquée, il est encore impossible d'obtenir le redressement complet du pied. Cette résection de la tête astragalienne permet en même temps de reconnaître le deuxième obstacle à la correction du varus : c'est la subluxation ou la luxation du cuboïde sur la face interne de la grande apophyse du calcanéum. En effet, le cuboïde s'est déplacé en dedans, a glissé sur la facette articulaire antérieure du calcanéum et appuie sur l'angle de réunion de cette facette articulaire antérieure avec la face interne de la grande apophyse. Il est maintenu dans cette position par la rétraction des ligaments plantaires calcanéo-cuboïdiens. On conçoit aisément que cette cause empêche le redressement du varus, alors même que les ligaments internes sont coupés et que la saillie de la tête astragalienne réséquée n'oppose plus aucune résistance.

La subluxation cuboïdienne est bien connue et notée toutes les fois que l'on traite de l'anatomie pathalogique des pieds bots, mais il nous a paru qu'elle n'était pas assez prise en considération dans les diverses méthodes de leur thérapeutique. Par la méthode de Phelps, en effet, en quoi remédiera-t-on à cette subluxation ? Pour que la section des ligaments pût permettre de corriger l'équinisme, il faudrait que la division des parties molles ne portât pas seulement sur la partie

interne du pied, mais que la section intéressât encore les ligaments profonds calcanéo-cuboïdiens qui retiennent le cuboïde en place.

La méthode de Phelps ne peut donc rien ou presque rien contre le varus qui s'accompagne de subluxation cuboïdienne. Nos deux premières observations le démontrent du reste. En revanche, je la crois *excellente* pour les cas où le déplacement est moins accusé et dans lesquels la facette cuboïdienne a simplement glissé sur la facette calcanénne sans l'abandonner, sans se creuser sur son angle une cavité de réception ; elle permettra en effet au cuboïde de glisser à nouveau de dedans en dehors et de reprendre sa place normale.

La tarsectomie antérieure, par contre, qui enlève à la partie externe du tarse un coin suffisant pour corriger la déviation sans s'inquiéter de déterminer quelles seront exactement les portions osseuses réséquées réalise la correction. Mais je crois qu'il est préférable, connaissant bien l'obstacle au redressement du pied, de ne s'adresser qu'à lui et d'enlever juste la portion de la grande apophyse du calcanéum nécessaire pour ramener le pied en dehors.

C'est en agissant ainsi que, chez Marie Bourdin, faisant cette opération pour la troisième fois, j'obtins rapidement et facilement le redressement que je cherchais.

Je venais d'obtenir, ainsi que je l'ai dit, le redressement de l'équinisure en supprimant la cale astragalienne qui s'opposait à la flexion du pied. Pour corriger le varus, je détachai par la même incision la tête astragalienne avec la partie exubérante de son col, et n'obtenant pas encore la correction complète du varus, je fis une deuxième incision horizontale sous-jacente à la précédente, ayant son milieu juste au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne ; par cette incision, je mis à découvert l'extrémité antérieure de la grande apophyse, j'isolai soigneusement de son périoste, 1 centimètre environ, de la partie antérieure de cet os que j'excisai ; la suppression de cette saillie normale qui elle aussi faisait cale au cuboïde déplacé en dedans permit de ramener facilement cet os en dehors et de corriger complètement la déviation.

Je crois donc que les faits que je viens d'exposer m'autorisent à conclure en disant :

Pour corriger l'équinisme, il n'est pas besoin d'extirper l'astragale : il suffit de faire disparaître la cale osseuse développée sur sa facette externe qui empêche la rentrée de l'astragale dans la mortaise.

Pour corriger le varus, la section des parties molles par la méthode de Phelps est insuffisante, l'extirpation de la tête et du col de l'astragale ne donnent qu'un résultat incomplet, et il faut y ajouter la résection d'un centimètre à un centimètre et demi de la grande apophyse du calcanéum.

Je me suis permis, Messieurs, de vous présenter ces observations et d'insister un peu longuement sur cette méthode opératoire,

parce qu'elle me paraît présenter sur les autres procédés un avantage incontestable. Elle ne sacrifie presque aucune des portions du squelette *régulier* du pied. En effet, j'ai corrigé l'équinisme en n'enlevant que la cale de la facette externe de l'astragale. Pour corriger le varus, la tête de l'astragale et une portion hypertrophiée de son col ont seuls été supprimés. Or, ces parties étaient anormales, exubérantes et le corps même de l'os n'a pas été touché. Une fois remis en position, débarrassé des tractions et des compressions qu'il subissait, l'astragale va pouvoir reprendre et continuer son accroissement, et comme cet os n'a pas de points épiphysaires, il se développe, par conséquent, également sur tous les points de sa périphérie, son accroissement ultérieur ne sera pas entravé.

Donc la seule partie utile du squelette du pied que l'on supprime par le procédé que j'ai suivi, est un centimètre environ de l'extrémité antérieure de la grande apophyse calcanéenne. Mais cette résection pourra être faite par la méthode sous-périostée, et sa réparation très rationnellement espérée. De plus, le calcanéum a un point épiphysaire situé précisément à sa partie postérieure.

C'est pour cette raison, Messieurs, que je crois cette manière de faire préférable à la résection totale de l'astragale ou du cuboïde et quels que soient les résultats obtenus par ces dernières méthodes, il me semble qu'il sera toujours préférable de conserver le corps d'un os tout entier que de l'enlever et de compter sur la production d'un épais noyau de tissu fibreux pour assurer sa suppléance. Cette proposition n'est vraie, bien entendu, qu'autant que les résections partielles que j'ai proposées assurent un redressement aussi complet que les opérations précitées. Aussi j'espère que les résultats que j'ai obtenus et que je vais vous présenter vous paraîtront suffisants pour justifier mon dire.

Présentation de pièces.

M. Jalaguier présente des moules de malades affectés d'anciens pieds bots paralytiques traités par l'extirpation de l'astragale dans un cas, par l'extirpation du scaphoïde dans l'autre cas.

Je n'ai point eu encore l'occasion de pratiquer la tarsectomie pour des pieds bots congénitaux; les cas nombreux que j'ai traités depuis cinq ans ne m'ont pas paru justiciables de cette opération. La section du tendon d'Achille accompagnée ou non, suivant les cas, de la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, m'a

fourni de très bons résultats, grâce à l'emploi prolongé de la pédale à tuteur externe, grâce surtout aux manipulations et au massage commencés huit jours après l'opération et continués, deux fois par jour, pendant de longs mois.

J'ai eu, par contre, à traiter deux cas de pieds bots paralytiques anciens présentant des difformations osseuses telles que j'ai dû recourir à l'extirpation des deux astragales sur une de mes malades, à l'extirpation du scaphoïde sur l'autre. Voici les moulages pris avant et après l'opération; voici également les empreintes plantaires de ma première opérée; vous pouvez constater qu'au point de vue de la correction des formes le résultat obtenu ne laisse que peu à désirer; il en a été de même sous le rapport de la fonction.

Voici un résumé de ces deux observations :

Obs. I. — *Double pied bot varus équin, d'origine paralytique. Extirpation des astragales. Guérison.*

Marguerite S..., entrée, le 14 juin 1889, salle Giraldès, lit n° 26, à l'hôpital Trousseau, adressée par M. le docteur Baraduc, de Montaigut (Puy-de-Dôme). Double pied bot varus équin paralytique, déjà traité sans succès par divers appareils. L'enfant a marché à l'âge de 20 mois et n'a rien présenté d'anormal jusqu'à sa quatrième année. A cette époque, violente attaque de convulsions qui durent quinze jours; six mois plus tard, nouvelle crise d'une durée à peu près semblable. Depuis cette époque, la marche est devenue impossible, par suite d'une déviation des pieds qui a augmenté de plus en plus malgré toutes les tentatives qu'on a pu faire.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons un double varus équin très avancé; la déformation et les déviations sont cependant un peu moins prononcées sur le pied droit que sur le pied gauche. A *droite*, l'équinisme prédomine; le pied est fixé dans l'extension, son axe est presque sur le prolongement de l'axe de la jambe; le varus est peu accusé. En avant du plateau tibial, rejeté en arrière sur le calcanéum, on voit et on sent la plus grande partie de la poulie astragalienne, et, un peu en avant, la tête de l'astragale, qui semble avoir perdu tout rapport avec le scaphoïde; sur le même niveau, mais plus en dehors, l'extrémité antérieure du calnéum fait une légère saillie. Le tendon d'Achille rétracté est peu saillant en raison de la subluxation du tibia en arrière de l'astragale. Il est impossible de réduire la déviation; le tendon d'Achille s'y oppose, mais on sent en outre que l'astragale ne peut plus reprendre sa place entre les malléoles; on ne peut pas davantage ramener le scaphoïde sur la tête de l'astragale. A *gauche*, les déformations sont les mêmes, mais à un degré plus avancé encore, et le varus est très accusé.

L'enfant ne peut imprimer aucun mouvement à son articulation tibio-tarsienne; les mouvements des orteils sont seuls conservés. La con-

tractilité électrique existe dans tous les muscles de la jambe, mais elle est très faible.

Le 22 juin, *extirpation de l'astragale.* Les deux pieds sont opérés le même jour. Pas de bande d'Esmarch. Incision externe partant de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et descendant parallèlement aux tendons extenseurs; opération rendue très facile par l'emploi du davier-érigne d'Ollier et de son détache-tendons; les ligaments ont été soigneusement détachés de l'os, avec le périoste. Aucune hémorrhagie. Section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, Le pied peut être alors replacé dans une bonne situation, sans qu'il soit nécessaire d'exciser une portion du calcanéum et du cuboïde. Drainage. Sutures au crins de Florence. Pansement indoformé. Appareil plâtré maintenant le pied à angle droit.

Les suites furent des plus simples; il n'y eut pas la moindre élévation de température.

Le 28 juin, le pied droit fut pansé, pour l'ablation du drain et des fils.

Le 29 juin, il fut fait de même pour le pied gauche.

Le 8 juillet, nouveau pansement : pied gauche complètement guéri. pied droit, écoulement d'un peu de sérosité par l'orifice du drain.

Le 14 juillet, violente éruption d'eczéma iodoformique sur le pied et la jambe droits. Suppression de l'iodoforme; malgré cela, persistance de l'eczéma pendant un mois et demi, et envahissement de la jambe gauche.

Le 20 septembre, extirpation avec la curette de Volkmann d'un fragment de cartilage qui entretenait une fistulette sur le pied droit; guérison complète quatre jours plus tard. L'eczéma ne reparut plus, et, à partir de ce moment, on fit, chaque jour, des massages et des mouvements.

Le 28 octobre, jour du départ de l'enfant, on peut constater que sur l'un et l'autre pied l'articulation tibio-tarsienne fonctionne normalement. Les mouvements de latéralité sont nuls. Le pied appuie bien sur le sol; la marche s'effectue sans douleurs et devient chaque jour plus assurée.

M. le docteur Baraduc m'a donné, il y a quelque temps, des nouvelles de l'enfant : le résultat de mon intervention continue à être des plus satisfaisants.

Obs. II. — *Pied bot valgus d'origine paralytique. Déviation de l'avant-pied en dehors. Extirpation du scaphoïde. Guérison.*

Berthe M..., 12 ans, habitant Amiens, entra à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, n° 28, le 9 juillet 1889.

A l'âge de 8 mois, convulsions violentes; depuis lors, le pied droit s'est dévié; malgré l'usage de divers appareils, la déformation n'a fait que s'accroître et la marche est devenue très difficile.

Le pied est arrivé au dernier degré du valgus; l'avant-pied, déjeté en

dehors, fait avec l'arrière-pied un angle presque droit; en même temps il a exécuté une torsion telle que le scaphoïde et le cunéiforme sont portés en bas, tandis que le bord externe du pied est relevé. Dans la marche, tout le poids du corps porte sur le scaphoïde, qui, grâce à un léger degré d'équinisme de l'arrière-pied, se trouve placé sur le prolongement de l'axe de la jambe. Le tendon d'Achille est rétracté; il en est de même des péroniers latéraux, dont on sent les tendons au sommet de l'angle ouvert en haut et en dehors, formé par l'avant-pied dévié sur l'arrière-pied.

Tout le membre inférieur droit est atrophié ; il y a un raccourcissement de quatre centimètres, compensé par une déviation du bassin. La contractilité électrique est conservée, mais faible.

Il s'agit évidemment d'une paralysie ayant frappé surtout les muscles jambiers antérieur et postérieur, et la déviation a été produite par l'action prépondérante des péroniers latéraux. La réduction n'est pas possible ; on arrive bien à réduire la torsion de l'avant-pied ; quant à l'abduction, on ne peut la corriger, et le bord interne du pied reste convexe en bas et en dedans.

Le 18 juillet, incision de six centimètres, pénétrant jusqu'à l'os, sur le bord interne du pied , le milieu correspondant au scaphoïde. A l'aide du détache-tendon, décollement des parties fibreuses et du périoste. Extirpation du scaphoïde. Section des péroniers derrière la malléole, puis ténotomie du tendon d'Achille. La réduction du valgus paraît parfaite. Abrasion avec la curette tranchante de tout le cartilage des cunéiformes et de la tête de l'astragale; cela fait, ces os rapprochés, au contact, sont maintenus par un point de gros catgut. Suture des téguments au crin de Florence. Pas de drainage. Pansement iodoformé. Appareil plâtré. Aucun accident. Le 26 juillet, pansement pour l'ablation des sutures. Réunion parfaite. Nouvel appareil plâtré maintenant pendant six semaines.

L'enfant se lève au commencement de septembre et quitte l'hôpital le 1er octobre, munie d'une guêtre en cuir moulé.

A ce moment, le premier cunéiforme paraît soudé à l'astragale, le bord interne du pied est rectiligne. L'enfant ne souffre nullement pendant la marche. A la fin de novembre, elle vient me voir; elle a fait, à pied, quatre kilomètres sans souffrir. Je trouve les choses en parfait état.

Chez ces deux enfants, l'ancienneté et le degré des lésions justifient amplement l'intervention chirurgicale. Sur ma seconde opérée, le scaphoïde abaissé ne permettait pas la réduction de l'abduction ; je vous présente cet os qui n'offre rien de particulier, Quant aux astragales de ma première opérée, je vous les présente également et vous pouvez voir que ces os sont le siège de déformations très intéressantes; le col très hypertrophié est redressé ; le corps a la forme d'un coin à sommet dirigé en arrière ; son diamètre transversal mesure, à la partie antérieure, un tiers de plus

qu'à la partie postérieure; celle-ci semble avoir été réduite par la pression des malléoles ; on voit, en petit, la cale osseuse, signalée par M. Nélaton. On comprend qu'avec une telle déformation il n'ait pas été possible de replacer le pied à angle droit sur la jambe.

M. Humbert présente le moule de la malade opérée en 1888. (Ablation d'astragale et de la grande apophyse du calcanéum.)

Discussion.

M. Championnière. La communication que vient de nous faire M. Nélaton offre un intérêt bien légitime puisqu'elle élucide les causes pour lesquelles l'astragale ne peut, dans certains cas, réintégrer la mortaise tibio-péronière.

Pratiquement son importance est moindre, car l'expérience montre que les résections et extirpations étendues des os du tarse n'offrent aucun inconvénient, et qu'au contraire elles donnent au pied plus de mobilité et de souplesse.

Les sections parcimonieuses de M. Nélaton laissent une articulation tibio-tarsienne moins mobile que si l'astragale avait été sacrifié en totalité.

M. Böckel a reconnu que les ménagements qu'il avait eus lors de ses premières opérations avaient été suivis de résultats bien moins satisfaisants que ceux qu'il avait obtenus depuis qu'il sacrifie largement toutes les parties osseuses qui s'opposent à un redressement parfait. Mon dernier opéré, chez lequel j'ai dû successivement extirper l'astragale, le scaphoïde, une partie du calcanéum, a marché très bien et très vite. Une seule partie est à ménager, c'est la malléole externe que Böckel avait à tort détruite.

Dans les déformations considérables, chez les enfants ou les adultes, la formule doit donc être de sacrifier largement le nécessaire. J'ai enlevé à une fillette de 11 ans, l'astragale, le cuboïde, l'extrémité antérieure du calcanéum, et malgré ce délabrement considérable, un an après elle courait et sautait à la corde. A part donc la malléole externe, il n'y a aucun intérêt à ménager aucune section du squelette, jusqu'à obtention d'une correction parfaite.

M. Lefort. Je tiens à proclamer hautement et publiquement l'excellence du résultat obtenu par M. Nélaton.

M. Berger. La communication de M. Nélaton offre un grand intérêt anatomique en précisant la cause de l'obstacle qui s'oppose à la rentrée de l'astragale dans la mortaise tibio-péronière.

Au point de vue opératoire, la méthode qu'il propose a d'autant moins d'inconvénients, que l'incision externe qui conduit sur l'astragale peut servir aux autres résections nécessaires. Si après excision de la cale osseuse le retour de l'astragale en son lieu normal est impossible on procédera immédiatement aux résections indispensables.

C'est du reste sur le côté externe du pied qu'il convient d'agir; c'est aux dépens du calcanéum du cuboïde qu'il faut obtenir la mobilité permettant le redressement.

Je suis peu partisan de l'incision de Phelps qui intéressant les parties molles du bord externe du pied laisse subsister les obstacles qui siègent surtout en dehors.

M. Trélat. Il est clair qu'en enlevant successivement les divers os du tarse, on finit par obtenir un redressement suffisant; mais n'est-il pas aussi évident, que si, en connaissance parfaite des causes, on pouvait agir sur elles d'une façon directe et précise, la correction ne serait meilleure encore! Les renseignements fournis par M. Nélaton offrent donc un haut intérêt. Les résultats qu'il a obtenus au point de vue de la marche et de la forme du pied sont très séduisants.

Les larges résections tarsiennes ont marqué un grand progrès dans le traitement des pieds bots; mais s'il devenait possible d'éviter ces mutilations par une connaissance plus précise des obstacles à lever, nul doute que les résultats ne devinssent alors très voisins de la perfection.

Communication.

Sixième série do trente-cinq ovariatomies.

Par le Dr Terrillon.

Dans cette sixième série de trente-cinq ovariatomies, qui commence le 12 février 1889 et se termine le 20 octobre de la même année, j'ai eu trente-trois guérisons et deux décès, dans les conditions suivantes.

La première malade (n° 3) était une femme de quarante-neuf ans, extrêmement affaiblie, ayant tous les caractères extérieurs d'un énorme kyste de l'ovaire. L'abdomen avait 1m,50 de circonférence. Cette femme avait subi deux ponctions de douze litres de liquide chacune. De plus, quelques mois avant l'opération on avait ouvert au niveau de l'ombilic une poche liquide qui avait donné un suintement abondant et prolongé et avait laissé une fistule. Le début de la maladie remontait à neuf ans.

L'opération eut lieu le 7 mars 1889. Le kyste était adhérent à la paroi abdominale d'une façon très intime et à presque toute la surface de l'épiploon. La décortication fut très difficile car les parois mortifiées se déchiraient à la moindre traction. La partie supérieure du kyste était tellement adhérente à la face inférieure du diaphragme et au foie, que je fus obligé de laisser en place des lambeaux de la paroi kystique plus large que la main.

Le contenu du kyste était en partie puriforme et gélatineux. On en retira 11 litres. La malade était très affaiblie après l'opération qui avait duré une heure et demie. Cependant on put la ranimer. Pendant les cinq premiers jours, l'état général était assez bon ; la malade urinait, allait à la selle et n'avait eu que les vomissements dus au chloroforme.

Vers le cinquième jour, le ventre commença à se ballonner, l'intestin devint paresseux et bientôt on vit évoluer une péritonite à forme chronique, sans élévation notable de température. La malade mourut lentement le douzième jour.

Il semble bien net, dans ce cas, qu'il s'agit d'une péritonite tardive et développée probablement par la présence de ces lambeaux de kyste mortifiés abandonnés vers la partie supérieure de l'abdomen. Malheureusement ces lambeaux, situés très haut, sous le diaphragme, n'auraient pu être enlevés, malgré toute la persévérance que j'y avais mise.

La deuxième malade que j'ai perdue (n° 20) était une femme de 31 ans, qui s'était aperçue depuis un an de la présence d'une grosseur dans la partie inférieure de l'abdomen. La circonférence abdominale était de 82 centimètres, et le kyste n'était pas considérable. La malade souffrait beaucoup et maigrissait rapidement, car l'intestin fonctionnait mal et l'alimentation était très défectueuse. Elle était surtout fatiguée par une diarrhée incoercible.

L'opération eut lieu le 8 juin 1889. A peine la paroi abdominale fut-elle incisée que je tombai sur la paroi kystique absolument adhérente et confondue avec le péritoine pariétal. Ayant dénudé un peu la paroi kystique, je fis une jonction et pus extraire 8 litres de liqueur jaune foncé.

Après avoir ouvert largement cette poche, je constatai qu'elle était constituée par une paroi très épaisse, présentant à la face interne et dans différents points des parties végétantes et kystiques.

Il était donc bien évident qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire inclus dans le ligament large et descendant jusqu'au cul-de-sac vaginal.

Pendant près de cinquante minutes j'essayai de séparer cette poche des parties voisines, mais sans pouvoir en détacher plus de

quelques centimètres. L'union était très intime et la déchirure donnait une grande quantité de sang. Je dus renoncer à faire un essai plus prolongé car je ne pouvais atteindre, en procédant ainsi, les parties profondes.

Je me contentai de fixer par des sutures multiples les bords de la poche kystique à la plaie abdominale; je la nettoyai avec soin. L'opération fut terminée en introduisant deux gros drains dans les parties inférieures et anfractueuses de la poche. Celle-ci fut bourrée de gaze iodoformée.

Pendant les huit premiers jours, tout alla bien ; la poche était nettoyée avec soin ; mais les parties saillantes et fongueuses qui existaient dans sa profondeur se mortifiaient et se détachaient par lambeaux gangrénés. Malgré des lavages antiseptiques abondants et variés, ces parties anfractueuses devinrent le point de départ d'une infection progressive et, malgré nos efforts, la malade mourut de septicémie le 19 juillet, quarante jours après l'opération.

On remarquera qu'ici il s'agissait d'un kyste absolument impossible à enlever et dont la surface interne irrégulière, anfractueuse et bourgeonnante rendait l'antisepsie complète très difficile.

Nature des kystes. — Les tumeurs kystiques de l'ovaire qui composent cette série correspondent aux types anatomiques suivants :

Kystes multiloculaires..................	23
Kystes parovariens.....................	7
Kystes dermoïdes.......................	2
Kystes sarcomateux.....................	2
Kyste hydatique........................	1

Huit fois le second ovaire fut enlevé soit parce qu'il était kystique soit pour une autre altération.

J'appellerai spécialement l'attention sur le kyste hydatique (n° 22) que j'ai trouvé dans l'ovaire droit chez une femme de 32 ans. Ce kyste présentait des adhérences épiploïques nombreuses qui nécessitèrent huit ligatures. Le liquide extrait était limpide, incolore; il y en avait trois litres.

Lorsque la tumeur fut enlevée et le pédicule coupé, il suffit d'inciser une couche fibreuse extérieure pour que, aussitôt, la poche hydatique unique et régulière s'échappât en entier de cette enveloppe.

Il existait donc une enveloppe fibreuse développée probablement aux dépens de l'ovaire (car la trompe hypertrophiée rampait à sa surface), et une poche hydatique distincte et isolée.

Particularités de certains kystes. — J'ai observé chez deux de mes malades des particularités tellement spéciales que je crois utile de les relater avec soin pour servir d'exemples et surtout pour montrer combien certains accidents qui paraissent redoutables peuvent cependant permettre une guérison complète et absolue.

I. — La première malade (nº 1), âgée de 29 ans, portait, depuis un an environ, du côté droit de l'abdomen un kyste peu volumineux, peu tendu, refoulant le cul-de-sac vaginal et repoussant l'utérus du côté gauche. Le diagnostic du kyste parovarien inclus dans le ligament large n'était donc pas douteux.

L'opération eut lieu le 13 février 1889. Après l'ouverture de l'abdomen, une ponction pratiquée dans le kyste donna quatre litres de liquide légèrement brûnâtre et à peine filant.

J'attirai une partie du kyste en dehors et constatai que le ligament large, épaissi, le coiffait complètement. Après avoir incisé largement cette enveloppe épaisse, je cherchai à enlever le kyste par décortication. Cette séparation fut très longue, très pénible, et ce n'est qu'après quarante minutes d'effort que je pus enlever complètement la poche kystique qui plongeait profondément dans le bassin.

Je me trouvai alors en présence d'une vaste cavité anfractueuse et saignante, formée par les lambeaux du ligament large, épaissi. Je fis le plus profondément possible une transfusion de ces lambeaux et les liai avec une double ligature en chaîne. Après cette ligature, toutes les parties situées au-dessus d'elle furent reséquées avec soin. Ce gros pédicule fut abandonné dans l'abdomen et surveillé pendant quelques minutes.

L'opération fut terminée comme d'habitude par la fermeture de l'abdomen.

Les suites furent parfaites. La température ne dépassa pas 37°,5. L'alimentation et les fonctions intestinales se firent régulièrement. J'enlevai les sutures le neuvième jour et la malade était sur le point de se lever complètement guérie, le dix-huitième jour, lorsque survint brusquement un incident inattendu coïncidant avec l'époque présumée des règles.

Subitement apparurent des douleurs violentes dans l'abdomen, de la lipothymie, du ténesme vésical, s'accompagnant d'une douleur profonde dans la région du rectum. En même temps survint un léger écoulement sanguin par les voies génitales. La température s'éleva rapidement.

L'examen local nous fit découvrir bientôt qu'il s'agissait d'un vaste épanchement sanguin occupant la partie latérale droite et postérieure du bassin et refoulant l'utérus à gauche et en avant.

On sentait manifestement la masse dépassant le pubis de quatre travers de doigt.

Il n'était pas douteux qu'il s'agissait là d'une hématocèle abondante siégeant dans le petit bassin.

La marche de la maladie donna raison au diagnostic. Après une période qui dura environ deux mois avec grandes douleurs abdominales, constipation, ténesme et fièvre modérée, on eut la notion nette que la tuméfaction formée par l'épanchement se durcissait et diminuait de volume.

Vingt-huit jours après cet accident, il y eut une nouvelle crise avec nouvel épanchement et augmentation nouvelle de la masse intra-abdominale. Cet accident correspondait encore à l'époque mensuelle.

Bientôt tous ces phénomènes s'amendèrent ; la tumeur diminua progressivement ; l'état général s'améliora ; les règles reprirent leur cours normal et enfin, sur les premiers jours d'octobre 1889, sept mois après l'opération, la malade était complètement guérie et depuis elle a repris une santé florissante.

II. — La seconde malade que je veux signaler est intéressante surtout à cause des complications opératoires qui se sont présentées et des conséquences qu'elles ont eues après l'opération et dans l'avenir.

Il s'agit d'une femme de 32 ans (nº 5), mère d'un enfant et qui depuis deux ans portait dans le côté droit du ventre une tumeur qui augmentait progressivement.

La circonférence abdominale était de 104 centimètres.

Depuis quelque temps, elle souffrait dans le ventre au niveau de sa tumeur ; elle se plaignait de troubles gastriques et de nausées, ces symptômes paraissaient correspondre à une torsion du pédicule.

L'opération eut lieu le 20 mars 1889. Après l'ouverture de l'abdomen et la ponction du kyste qui contenait du liquide noirâtre et sanguinolent, je rencontrai un certain nombre d'adhérences épiploïques qui furent facilement détruites. Mais en essayant de détacher le kyste des parties profondes du côté droit, je le trouvai très adhérent, au fond du bassin, à une autre poche que je rompis en voulant la séparer. Il s'écoula aussitôt une grande quantité de sang noirâtre absolument semblable à celui d'une vieille hématocèle.

Je reconnus bientôt que j'avais affaire à la trompe dilatée, plus grosse que le poing, remplie de sang, et dont la paroi était intimement unie à une partie du kyste.

Je fis une nouvelle tentative pour enlever cette nouvelle poche, mais j'en reconnus bientôt l'impossibilité et je me contentai d'enlever le kyste ovarique avec la partie qui lui était adhérente.

Après cette ablation, j'étais en présence d'une vaste cavité anfractueuse, dont le fond correspondait à la paroi vaginale, irrégulière et incrustée pour ainsi dire d'hématine formant une couche abondante.

Je pus, en me servant des lambeaux d'épiploïque que j'avais réséqués, fixer une partie des lambeaux de cette poche aux bords de la paroi abdominale, pour former une cavité isolée du péritoine.

Cette poche irrégulière fut lavée avec soin et j'y introduisis deux gros tubes à drainage de vingt-cinq centimètres de long.

Les suites de l'opération furent assez bonnes. Il n'y eut aucun phénomène de péritonite; l'alimentation et toutes les autres fonctions furent normales. Mais ce ne fut que grâce à des lavages fréquemment répétés dans ce trajet profond qu'on put éviter complètement les accidents septiques qui furent plusieurs fois menaçants.

Malgré ces quelques accidents qui furent passagers, la malade guérit complètement et actuellement, 15 novembre, il n'existe plus qu'une petite fistulette de cinq à six centimètres de profondeur.

Cette fistule présente un caractère bien particulier et assez rare; c'est que depuis que les règles de la malade se sont rétablies, on voit, chaque fois qu'elles surviennent, apparaître à ce niveau un écoulement sanguin qui peut être évalué à une cuillerée à bouche environ.

Cette particularité prouve bien nettement qu'il s'agit là d'un débris de la trompe utérine qui donne du sang au moment des règles. J'ajouterai même que la nature de ce trajet ainsi tapissé par la muqueuse de la trompe explique la persistance de la fistule.

Ce fait peut être rapproché d'un autre analogue que j'ai publié à propos des salpingites.

Chez une jeune fille de 18 ans atteinte depuis plusieurs années d'une vaste hématosalpingite du côté droit, je fis la laparotomie; la trompe remplie de sang fut largement ouverte, soudée à la paroi abdominale et drainée.

A la suite de cette opération, resta une fistule profonde qui donnait en temps ordinaire un écoulement insignifiant, mais qui, à chaque époque menstruelle, fournissait une quantité de sang qu'on pouvait évaluer à deux ou trois cuillerées à bouche.

Cette fistule persista en présentant cette particularité pendant deux ans et demi, et elle ne guérit qu'à la suite de cautérisations répétées au moyen d'un fil de platine enfoncé profondément et chauffé par l'électricité.

III. — Une troisième malade, malgré son état général très grave, a bénéficié immédiatement de l'ablation d'un kyste énorme.

Cette jeune femme, âgée de 26 ans, accoucha, le 22 avril 1889,

assez difficilement. Au moment de la délivrance, M. le Dr Charpentier reconnut la présence d'un kyste ovarique déjà volumineux.

Les suites de couche furent mauvaises, la fièvre se déclara bientôt. Mais ce qui alarma le plus la famille et le médecin, ce fut l'accroissement rapide du kyste qui, en vingt-cinq jours, atteint un volume tel que le ventre présentait un mètre cinquante de circonférence. La respiration était très pénible, et la nutrition très précaire.

Quand je vis la malade au 26e jour après son accouchement, je constatai tous ces symptômes et de plus une température variant de 38,2 à 39,5 le soir.

L'abdomen très tendu était chaud et douloureux. Je n'avais aucun doute sur l'inflammation des parois du kyste et celle du péritoine. Rien ne nous indiquait qu'il y eût des troubles dangereux du côté de l'utérus ou des annexes.

Je n'hésitai pas à proposer l'opération radicale, comme unique moyen de sauver cette malade et de faire disparaitre ces symptômes inquiétants. L'opération eut lieu le 26 mai 1889 en présence de M. le Dr Charpentier, professeur agrégé.

Une incision, allant du pubis à l'ombilic, permit de détacher le kyste des adhérences péritonéales encore molles qu'il présentait. Le kyste multiloculaire aux poches nombreuses et petites se rompit en plusieurs points et le liquide s'épancha dans le péritoine.

Une partie de l'épiploon adhérent fut réséquée. Je fis un lavage et un nettoyage parfait de toute la cavité abdominale. Le pédicule assez gros était à droite. L'ovaire gauche kystique du volume du poing fut enlevé. L'abdomen fut fermé avec huit sutures.

Malgré ce traumatisme énorme et l'affaiblissement de la malade, il n'y eut aucune élévation de température et j'ai rarement vu un rétablissement aussi rapide et aussi complet.

La guérison est aujourd'hui absolue et cela, depuis le mois de juillet.

IV. — Enfin je terminerai en rappelant l'histoire d'une dernière opérée qui, placée par son état général dans des conditions aussi mauvaises que la précédente, retira de l'ablation de son kyste très volumineux un bénéfice aussi complet et aussi rapide.

Cette dame, âgée de cinquante-six ans, avait été opérée par moi, une première fois, le 24 mai 1888, d'un immense kyste multiloculaire gélatineux, rompu dans l'abdomen depuis plusieurs jours et qui avait provoqué des accidents graves.

J'enlevai donc, à ce moment, ce kyste de l'ovaire situé du côté droit dont la matière gélatineuse, répandue dans le péritoine, s'était greffée sur le fond d'un gros fibrome utérin sur le bord inférieur de

l'épiploon et sur la première partie du gros intestin. Je fus forcé d'enlever l'utérus dans sa totalité en réséquant le col au-dessus du vagin et fixant le pédicule dans la plaie abdominale. Je parvins ainsi à extirper la totalité du kyste et nettoyai avec soin le péritoine et les intestins; enfin je réséquai la partie de l'épiploon sur laquelle cette gélatine était fixée.

Malheureusement je ne pus enlever complètement cette substance très adhérente et soudée entièrement à la paroi du gros intestin. L'ovaire droit paraissait sain.

Le malade guérit rapidement et put reprendre ses occupations habituelles.

Mais bientôt, en l'examinant avec soin, on put constater la présence de bosselures augmentant assez rapidement et existant surtout vers la fosse iliaque droite et vers la partie inférieure de l'abdomen. Le ventre commença aussi à grossir progressivement et après sept ou huit mois, il avait acquis un volume égal à celui qu'il avait avant la première opération. La circonférence au niveau de l'ombilic était de cent soixante centimètres.

La malade qui, après sa première opération, avait repris un certain embonpoint, maigrit de nouveau considérablement ; sa respiration surtout devint très pénible.

Je résolus de pratiquer une seconde opération qui eut lieu le 11 juillet 1889 (treize mois et demi après la première), avec le concours de mon ami le D[r] Bouilly.

J'enlevai cette fois encore un immense kyste multiloculaire et gélatineux, développé aux dépens de l'ovaire gauche. Malgré sa rupture ce kyste fut assez facile à enlever.

L'épiploon dans sa totalité était transformé en une masse irrégulière pesant quatre kilogrammes et infiltrée de matière gélatineuse. Je pus le réséquer en entier en posant les ligatures, au nombre de dix-huit, immédiatement contre la grande courbure de l'estomac.

Sur la face antérieure du gros intestin, dans l'endroit où j'avais enlevé déjà une masse gélatineuse, lors de la première opération, on trouvait une autre de la grosseur du poing, mais pédiculée. Il me fut possible de l'enlever en entier, en entamant légèrement la paroi de l'intestin.

Les suites de cette opération si étendue, qui avait nécessité l'ouverture complète de l'abdomen depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, furent des plus simples et sans aucune élévation de température.

La malade est actuellement complètement guérie et a repris sa vie habituelle et son embonpoint antérieur.

Réflexions. — Je n'ajouterai aucune réflexion nouvelle au sujet des soins donnés aux malades avant et après l'opération, car je ne saurais que répéter les détails que j'ai exposés à propos de mes séries précédentes.

Il me suffira de faire remarquer que depuis le mois d'octobre 1886, époque à partir de laquelle j'ai pris des précautions plus spéciales dans mes opérations et des soins plus rigoureux pour la propreté de mes mains et de mes instruments, j'ai eu, sur cent vingt ovariotomies, une seule péritonite ; encore s'agit-il ici d'un cas complexe (celui dont j'ai parlé dans ce travail) où des lambeaux mortifiés avaient été laissés dans l'abdomen. Cette péritonite n'a d'ailleurs pas présenté les caractères septiques et la marche rapide de celles qu'on peut attribuer à une négligence dans le manuel opératoire.

Observations.

Obs. I. (Dr Pinard). — Mme L..., 29 ans. Le début de la maladie remonte à un an. Augmentation lente. Circonférence abdominale, 95 centimètres. — *Opération* (12 février 1889). Durée, une heure un quart. Ablation complète, du côté droit, d'un kyste parovarien contenant 4 litres d'un liquide brun et inclus dans le ligament large avec des adhérences très résistantes. L'ovaire gauche était sain. Hématocèle rétro-utérin consécutive. — *Guérison.*

Obs. II. — Mme B..., 41 ans. La maladie date de 2 ans et a augmenté rapidement. Deux ponctions ont été pratiquées. Circonférence abdominale, 1m,50. — *Opération* (14 février 1889). Ablation complète d'un kyste multiloculaire pesant 4 kilos et contenant 9 litres d'un liquide sirupeux. Adhérences épiploïques et intestinales. Ovaire droit sain. — *Guérison.*

Obs. III (Dr Jourdain). — Mme G. P..., 49 ans. Début, il y a 9 ans. Accidents antérieurs à signaler : ouverture d'une poche à l'ombilic et, pendant 2 mois, suintement d'un liquide clair, enfin deux ponctions de 12 litres chacune. Circonférence abdominale, 1m,50. — *Opération* (7 mars 1889). Durée, une heure et demie. Ablation complète d'un kyste bilatéral adhérent à l'épiploon et au diaphragme et contenant 11 litres d'un liquide puriforme, gélatineux. Les parois du kyste mortifiées se déchirent facilement. Lavage à grande eau. Mort par péritonite lente après 12 jours.

Obs. IV (Dr Henne, de Meaux). — Mme P..., 36 ans. Le début date de 20 mois. Depuis lors, douleurs. Circonférence abdominale, 90 centimètres. — *Opération* (14 mars 1889). Durée, 55 minutes. Ablation complète, à droite, d'un double kyste, à parois multiples, épaissies et contenant un litre d'un liquide hématique. Adhérences à l'utérus et, à

gauche, au bassin. Pédicule très large. On fait un lavage. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison.*

Obs. V (Dr Richer). — Mme P..., 32 ans. Début, il y a 2 ans. Depuis lors, la malade a eu des troubles digestifs fréquents. Circonférence abdominale, 104 centimètres. — *Opération* (20 mars 1889). Durée de l'opération, deux heures. Ablation incomplète d'un kyste à pédicule tordu présentant une adhérence totale à l'épiploon. A droite, une poche est ouverte, drainée, puis suturée à la paroi. Enfin, constatation d'un hémato-salpingite. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison,* avec une fistule qui a persisté six mois.

Obs. VI (Dr Latouche). — Mme D. P..., 58 ans. La maladie, qui semble remonter à 7 ans, subit depuis six mois une marche rapide. Circonférence abdominale, 126 centimètres.— *Opération* (23 mars 1889). Ablation complète, en 45 minutes, d'un kyste multiloculaire contenant six litres de liquide hématique. Plusieurs poches et plusieurs ligatures. — *Guérison.*

Obs. VII. — Mme Ch..., 47 ans, malade depuis 2 ans et ayant présenté de fréquents accidents de péritonite. Circonférence abdominale, 98 centimètres. — *Opération* (30 mars 1889). Ablation complète, en 25 minutes, d'un kyste multiloculaire, à surface végétante, présentant des adhérences épiploïques et un pédicule volumineux. L'ovaire gauche, également kystique, est enlevé. — *Guérison.*

Obs. VIII (Dr Josias). — Mme P..., 28 ans. Début datant de 3 ans. Il y a 6 mois, a éclaté une péritonite aiguë presque généralisée. Circonférence abdominale, 80 centimètres. — *Opération* (31 mars 1889). En 35 minutes, ablation complète d'un kyste simple du ligament large. Drainage pendant 36 heures. A droite, existait une salpingite qui fut enlevée. — *Guérison.*

Obs. IX (Dr Hemey). — Mme D..., 35 ans, malade depuis 18 mois, avec poussées de péritonite localisée. Circonférence abdominale, 105 centimètres. — *Opération* (5 avril 1889). Ablation complète en une heure un quart, d'un kyste multiloculaire végétant contenant 6 litres d'un liquide noir. Décortication difficile. Ligatures multiples à l'utérus et à l'épiploon. Drainage. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison.*

Obs. X (Dr Théveny). — Mme E..., 44 ans. La maladie date de 2 ans et cause de vives douleurs. Circonférence abdominale, 106 centimètres. — *Opération* (6 avril 1889). Ablation complète en 20 minutes, d'un kyste multiloculaire volumineux pesant 2 k. 800, et contenant 6 litres d'un liquide noirâtre. On y trouve une grande poche d'un volume égal à une tête de fœtus. On pratique plusieurs ligatures. Ovaire gauche sain. — *Guérison.*

Obs. XI (Dr Cordier). — Mme C..., 57 ans, fait remonter à un an le début de sa maladie. Depuis, douleurs et hémorragies. Circonférence

abdominale, 110 centimètres. — *Opération* (13 avril 1889). En 35 minutes, ablation complète d'un kyste multiloculaire, mi-partie solide et contenant 5 litres d'un liquide café au lait. Adhérences épiploïques. L'ovaire gauche, sain, est ratatiné. — *Guérison*.

Obs. XII. — Mme C..., 35 ans, malade depuis 5 mois. Aménorrhée. Circonférence abdominale, 98 centimètres. — *Opération* (23 avril 1889). Durée, 35 minutes. Ablation complète d'un kyste multiloculaire du poids de 4 k. 300 et contenant un liquide gélatineux. Adhérences épiploïques. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison*.

Obs. XIII (Dr Mussy). — Mme B..., 39 ans, malade depuis 18 mois. Comme accidents antérieurs : péritonite. La marche a été rapide. Il a été pratiqué une ponction de 6 litres. Circonférence abdominale, 92 centimètres. — *Opération* (16 mai 1889). Ablation complète (durée, 45 minutes) d'un kyste multiloculaire pesant 1 k. 840 et contenant 4 litres et demi de liquide brunâtre. Adhérences pariétales et épiploïques. L'ovaire droit est ratatiné. — *Guérison*.

Obs. XIV (Dr Charpentier). — Mme L..., 26 ans, malade depuis un mois, présentant depuis lors un amaigrissement notable et des signes de suffocation et de péritonite. Circonférence abdominale, 1^m,50. — *Opération* (16 mai 1889). Durée, 40 minutes. Ablation complète d'un kyste multiloculaire, énorme, gélatineux, comprenant une poche suppurée. Poids, 3 kilos. Liquide, 18 litres. Adhérences totales épiploïques et diaphragmatiques. Le kyste se déchire et se rompt dans l'abdomen. Lavage. L'ovaire gauche, également malade, est enlevé. — *Guérison*.

Obs. XV (Dr Després). — Mme A..., 43 ans. Début, il y a 18 mois. La malade est très affaiblie et a une circonférence abdominale de 123 centimètres. — *Opération* (21 mai 1889). Ablation complète d'un kyste multiloculaire, à parois mortifiées, présentant des adhérences pariétales, diaphragmatiques et épiploïques. Poids du kyste, 1 k. 500. Liquide contenu (hématique), 18 litres. De l'autre côté, l'ovaire est atrophié, la trompe, kystique. Ces organes sont enlevés. Durée de l'opération, 30 minutes. — *Guérison*.

Obs. XVI. — Mme G..., 29 ans, malade depuis un an, avec douleurs, pertes blanches. Circonférence abdominale, 84 centimètres. — *Opération* (25 mai 1889). Ablation complète, en 20 minutes, d'un kyste parovarien uniloculaire, contenant un litre d'un liquide extrêmement limpide, clair comme de l'eau de roche; gros pédicule sur le ligament large à gauche. L'ovaire droit est sain. — *Guérison*.

Obs. XVII (Dr Lecoconier). — Mme P..., 24 ans, malade depuis dix-huit mois. Elle est amaigrie et accuse de vives douleurs. Circonférence abdominale, 83 centimètres. — *Opération* (28 mai 1889). Durée, trois

quarts d'heure. Ablatation complète d'un kyste multiloculaire dégénéré pesant 1 kilog. 500 et contenant un demi-litre d'un liquide chocolat. Adhérences épiploïques, pédicule volumineux et tordu. L'ovaire gauche, kystique, est aussi enlevé. — *Guérison.*

Obs. XVIII (Dr Ducluseaux). — Mme P..., 42 ans. Début, il y a trois mois, avec douleurs dans l'hypochondre. Circonférence abdominale, 84 centimètres. — *Opération* (1er juin 1889). Durée, une heure. Ablation complète d'un kyste multiloculaire gélatineux qui se rompt dans le péritoine. On enlève l'autre ovaire et la trompe correspondante. — *Guérison.*

Obs. XIX (Dr Fleurot). — Mme B..., 39 ans, malade depuis deux ans. Douleurs. Augmentation rapide. Circonférence abdominale, 96 centimètres. — *Opération* (4 juin 1889). Kyste dermoïde (touffe de poils) du poids de 300 grammes. Adhérences épiploïques, pédicule tordu. Durée, trente-cinq minutes. L'ovaire droit est sain. — *Guérison.*

Obs. XX (Dr Goizet). — Mme C..., 51 ans. Début datant de deux ans. Accidents antérieurs. Douleurs, dyspepsie, diarrhée. Circonférence abdominale, 82 centimètres. — *Opération* (8 juin 1889). Ouverture et drainage d'un kyste du ligament large présentant des adhérences intestinales et abdominales totales impossibles à détruire et contenant 8 litres d'un liquide limpide légèrement jaune. Décédée le 19 juillet.

Obs. XXI. — Mme L..., 40 ans, malade depuis trois mois. Troubles gastriques ; augmentation rapide. Circonférence abdominale, 101 centimètres. — *Opération* (22 juin 1889). Ablation complète d'un sarcome kystique des deux ovaires, pesant, l'un : 862 grammes, l'autre 710 grammes. Deux pédicules à gauche, un à droite. — *Guérison.*

Obs. XXII (Dr Deleschamps). — Mme L..., 32 ans. Début datant de deux ans. Augmentation rapide. Circonférence abdominale, 96 centimètres. — *Opération* (29 juin 1889). Ablation complète en trente minutes d'un kyste hydatique de l'ovaire droit pesant 1,610 grammes et contenant 3 litres de liquide. Adhérences épiploïques. Huit ligatures épiploïques à la soie. L'ovaire gauche est sain. — *Guérison.*

Obs. XXIII (Dr Alexandre). — Mme L..., 21 ans. Début de la tumeur, un an. Douleurs irradiées. Circonférence abdominale, 86 centimètres. — *Opération* (29 juin 1889). Durée, quinze minutes. Ablation complète d'un kyste de l'ovaire à parois minces et de la grosseur d'une orange. Adhérences au cul-de-sac de Douglas. Ovaire gauche, sain. — *Guérison.*

Obs. XXIV (Dr Saillard). — Mme V..., 27 ans, malade depuis un mois; symptômes du début : amaigrissement et douleurs. Circonférence abdominale, 85 centimètres. — *Opération* (11 juillet 1889). Durée, vingt-

cinq minutes. Ablation complète d'un kyste multiloculaire du poids de 860 grammes, contenant 3 litres de liquide noirâtre. Adhérences épiploïques ; pédicule tordu. L'ovaire droit, sain. — *Guérison.*

Obs. XXV. — Mme P..., 56 ans. Déjà opérée le 24 mai 1888. Le volume de la tumeur cause de la dyspnée. Circonférence abdominale, 160 centimètres. — *Opération* (11 juillet 1889). Kyste gélatineux du côté gauche, pesant 18 kilos. Epiploon infiltré de tissu gélatineux réséqué : 4 kilos ; dix-huit ligatures. L'ovaire droit est sain. — *Guérison.*

Obs. XXVI (Dr Réthoret). — Mme V..., 45 ans. Début de la tumeur, huit ans. Symptômes : douleurs, amaigrissement. Circonférence abdominale, 105 centimètres. — *Opération* (13 juillet 1889). Durée, vingt minutes. Ablation complète d'un kyste uniloculaire parovarien pédiculé. Poids : 300 grammes. Liquide contenu, clair : 10 litres. Ovaire gauche, sain. — *Guérison.*

Obs. XXVII (Dr Gautrelet). — Mme A..., 26 ans. Début, dix-huit mois. Douleurs. Circonférence abdominale, 84 centimètres. — *Opération* (15 juillet 1889). Kyste parovarien, transparent, situé derrière l'utérus. Poids : 500 grammes. Ovaire gauche, sain. — *Guérison.*

Obs. XXVIII (Dr Bernard). — Mlle K..., 45 ans. Malade depuis dix-huit mois. Augmentation lente. Circonférence abdominale, 135 centimètres. — *Opération* (22 juillet 1889). Ablation complète d'un kyste multiloculaire avec une grande poche de 1 kilogramme. Ascite. Adhérences épiploïques. Gros pédicule. L'ovaire gauche également kystique est enlevé. — *Guérison.*

Obs. XXIX (Dr Lamarre). — Mme S..., 58 ans. Début, trois ans. Circonférence abdominale, 95 centimètres. — *Opération* (10 août 1889) Ablation complète d'un kyste parovarien à gros pédicule, sans adhérences. A signaler un fibrôme utérin. Ovaire gauche, sain. — *Guérison.*

Obs. XXX (Dr Ricard). — Mme Ph..., 48 ans. Début remontant à trois ans. Circonférence abdominale, 115 centimètres. — *Opération* (14 août 1889). Ablation complète d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche présentant des adhérences totales à la paroi, à l'épiploon et à l's iliaque — *Guérison.*

Obs. XXXI (Dr Monod). — Mme F..., 23 ans. Début, trois ans. Circonférence abdominale, 94 centimètres. — *Opération* (20 août 1889). Ablation complète d'un kyste parovarien, à gros pédicule. Pas d'adhérences. Ovaire gauche, sain. — *Guérison.*

Obs. XXXII (Dr Assaky). — Mme A..., 18 ans. Début, trois ans. Circonférence abdominale, 83 centimètres. — *Opération* (20 septembre 1889). Kyste dermoïde (poils, cartilages et os). Ablation complète. L'ovaire droit est sain. — *Guérison.*

OBS. XXXIII (Dr Wast). — Mme C..., 56 ans. Début, deux ans et demi. Circonférence abdominale, 98 centimètres. — *Opération* (28 septembre 1889). Ablation complète d'un kyste multiloculaire gauche, à parois mortifiées, pesant 5 kilos. Ascite (5 litres). Utérus fibromateux. L'ovaire droit est sain. — *Guérison.*

OBS. XXXIV. — Mme V..., 48 ans, malade depuis deux ans, ayant présenté de l'ascite (5 litres). Circonférence abdominale, 95 centimètres. — *Opération* (1er octobre 1889). Durée, cinquante minutes. Ablation complète d'un kyste végétant et de l'utérus adhérent. Autre ovaire enlevé. — *Guérison.*

OBS. XXXV (Dr Bonnet). — Mme P..., 58 ans. Début remontant à un an. Plusieurs ponctions ont été pratiquées. Ascite (4 litres). Circonférence abdominale, 120 centimètres. — *Opération* (2 octobre 1889). Durée, quarante minutes. Ablation complète d'un sarcome kystique ancien contractant des adhérences avec l'épiploon. L'ovaire gauche, kystique, est aussi enlevé. — *Guérison.*

Présentation de malades.

Emprisonnement du nerf crural droit, dans une cicatrice de la racine de la cuisse, consécutive à un coup de corne de taureau. Troubles moteurs et sensitifs ultérieurs. Guérison, après libération du tronc nerveux.

Par le Dr GÉRARD-MARCHANT.

Le nommé Mor. Fl..., âgé de 41 ans, entre dans le service de M. Berger, à l'hôpital Lariboisière, le 16 août 1889; il occupe le lit 19 de la salle Chassaignac.

Ce malade raconte qu'en octobre 1888, il a reçu un coup de corne de taureau, au niveau de la racine de la cuisse droite, à la partie antérieure ; la plaie guérit assez rapidement, mais les troubles moteurs et sensitifs qui se sont montrés *immédiatement* après la blessure se sont accentués, et ont fait de ce malade un véritable infirme ; il ne peut étendre la cuisse droite, la projeter dans l'extension ; la station debout est difficile, même avec une canne ; dans tous les cas, elle ne peut être longtemps prolongée, nous dit le malade ; dans ces conditions, il n'a pu continuer son travail pénible de maréchal ferrant.

Lorsque j'examinai le membre droit, dix mois après l'accident, je constatai les lésions et les troubles suivants :

Au niveau de la racine de la cuisse, parallèle à l'arcade de Fallope, existe une cicatrice, irrégulière, sinueuse, se prolongeant au-dessous de la peau, et fixée par ses parties profondes ; les tissus sous-cutanés

et la peau forment donc une corde indurée, sous-jacente à l'arcade fémorale.

La cuisse droite présente une adipose sous-cutanée des plus marquées ; il est impossible de plisser la peau de la région antérieure de la cuissé, tant les tissus sont épaissis par cet œdème dur.

Les troubles moteurs sont très accusés ; l'impotence du triceps est absolue : les courants interrompus internes ne provoquent pas de contraction, même fibrillaire ; le muscle triceps ne réagit pas davantage, sous l'influence de la volonté ; les autres muscles de la cuisse semblent se contracter normalement, avec un peu moins d'énergie cependant que les muscles du côté sain.

Les troubles sensitifs ne sont pas moins significatifs : le domaine cutané du crural est complètement anesthésié, sauf dans le territoire du saphène interne.

Le malade n'a jamais éprouvé de troubles douloureux.

La mensuration révèle une atrophie de la cuisse droite dans ses deux tiers inférieurs ; au contraire, à la racine de ce même membre, il y a de l'augmentation de volume, par rapport au côté opposé ; mais cette contradiction n'est qu'apparente, et il est facile de se rendre compte que c'est à l'adipose sous-cutanée, très accusée en ce point, qu'est due cette plus grande épaisseur.

Voici d'ailleurs les mensurations exactes prises, avec soin, par M. Pfender, interne du service :

	Côté droit (malade).	Côté gauche (sain).
Racine de la cuisse	58cm	56cm
Partie moyenne.....................	49	50
Au-dessus de la rotule..............	41	42
Tiers supérieur de la jambe.........	34	38
Tiers inférieur de la jambe..........	23	28

Je pensai, en présence des troubles si définis et des lésions si localisées, que deux branches du nerf crural, la *musculo-cutanée externe* et la *branche du triceps*, avaient été atteintes : s'agissait-il d'une suture, d'un emprisonnement dans la cicatrice ? Je laissai la question irrésolue, pour ne m'occuper que de la thérapeutique à instituer : je me crus absolument autorisé à découvrir le nerf crural, à la racine de la cuisse, au niveau, au-dessus et au-dessous de la cicatrice, pour remédier à la lésion de ce nerf ou de ses branches. Après avoir pris l'avis de mon excellent maître et ami, M. Berger, qui partagea ma manière de voir, je décidai l'opération.

L'opération devait avoir lieu le 29 août 1889 : M. Pfender donnait le chloroforme ; mais dès les premières inspirations, le malade devint violet, sa respiration s'embarrassa ; à cinq reprises différentes, la chloroformisation fut tentée, avec toutes les précautions qu'apportent dans cette délicate mission les internes de M. Berger ; mais toujours l'état asphyxique revenait en même temps que le malade s'agitait convulsivement. Je ne crus pas devoir prolonger ces tentatives, et je remis à un autre jour l'opération projetée.

Le 6 septembre, M. Pfender fait au blessé, une demi-heure avant la chloroformisation, une injection sous-cutanée d'un centimètre et demi d'une solution recommandée par M. Dastre et employée par M. Aubert (de Lyon) (*Semaine médicale*, 28 août 1889, p. 318).

Chlorhydrate de morphine.........	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine...................	5 milligrammes.
Eau distillée..........................	10 grammes.

Le chloroforme employé avait été analysé et préparé par l'interne en pharmacie du service. Je dois dire que l'anesthésie fut rapide, sans période d'excitation et sans aucuns des accidents si pénibles qui s'étaient produits le 29 août.

Précautions antiseptiques rigoureuses. Impossibilité de se servir de la bande d'Esmarch, à cause du siège très élevé de la cicatrice.

Pour découvrir le nerf crural, je fais une incision parallèle au trajet de l'artère crurale, et un demi-centimètre en dehors de cette artère. Incision de 10 centimètres commençant au-dessus de la cicatrice, au niveau de l'arcade de Fallope, et se prolongeant verticalement en bas. Après avoir découvert le bord externe de l'artère crurale, pour ne pas m'exposer à la léser, je recherche le nerf crural : une branche nerveuse me conduit sur le tronc du nerf, qui est emprisonné dans une cicatrice : après l'avoir libéré du tissu cicatriciel qui l'engaine, le nerf apparaît, légèrement déprimé, avec une encoche au niveau de la zone cicatricielle.

Je prolonge la dissection, en haut, au-dessus de la cicatrice, pour m'assurer que le nerf est bien dégagé, et en bas, du côté de ses branches, pour être sûr qu'il n'existe pas de section nerveuse. Réunion primitive sans drainage : l'opération avait duré trente-cinq minutes.

Guérison sans aucun incident : le treizième jour, le malade se levait et assurait qu'il pouvait déjà mouvoir plus facilement la cuisse.

A la date du 26 septembre, je lis dans les notes qui m'ont été remises par M. Pfender : le malade marche plus facilement ; il peut étendre sa jambe, mais la sensibilité est encore obtuse dans la région primitivement anesthésiée.

J'ai l'honneur de présenter le blessé à la Société de chirurgie quatre mois après son opération ; le résultat obtenu me semble digne de fixer son attention.

Les troubles moteurs ont complètement disparu ; la contractilité musculaire et volontaire existe normale ; le blessé, qui ne pouvait se tenir debout et marcher sans le secours d'une canne, accomplit aujourd'hui parfaitement tous ces actes ; ces jours-ci, il a fait, sur ma demande, une marche prolongée et a parcouru 10 kilomètres sans fatigue ; lorsqu'on lui commande d'étendre la jambe, il accomplit rapidement ce mouvement ; mais on devine

qu'il fait un effort léger pour effectuer cette extension totale ; c'est le dernier vestige du trouble moteur qu'il a présenté.

Le membre a repris sa forme ; l'adipose sous-cutanée n'existe presque plus. Voici ce que donne une nouvelle mensuration :

	Cuisse droite (malade).	Cuisse gauche (saine).
Racine de la cuisse	60^{cm}	62^{cm}
Partie moyenne	55	50
Au-dessus de la volute	39	38
Tiers supérieur de la jambe	36	39
Tiers inférieur de la jambe	26	28

La sensibilité revient tous les jours, et la zone d'anesthésie est aujourd'hui limitée à la partie antérieure et inférieure de la cuisse ; cette zone mesure 14 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur ; primitivement elle était de 30 centimètres sur 20. La sensibilité est exquise dans les points *primitivement* anesthésiés et va même jusqu'à l'hyperesthésie, puisque la piqûre, le pincement, le contact d'un corps chaud et froid se répercutent, me dit le malade, dans toute la jambe.

M. Delorme présente un malade auquel il a pratiqué la résection du genou.

Lecture.

M. Chaput lit une observation de cholécystotomie (Rapporteur M. Terrillon).

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 5 février 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *John Hopkin's Hospital Reports*, t. II, n° 1; Baltimore, 1890;

3° *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, t. I, fasc. 10; Siena, 1889;

4° Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique, 2ᵉ fascicule; Bruxelles, 1889;

5° *Hernie étranglée chez les ascitiques. De l'ascite dans les kystes du paraovarium*, par M. Jeannel (extrait de la *Revue de chirurgie*);

6° *Sur un cas d'exstrophie de la vessie*, par M. Duret, membre correspondant;

7° I. *Prostatique calculeux. Cystite interne. Taille hypogastrique. Guérison.* — II. *Épingle à cheveux dans l'urèthre. Incision et suture de l'urèthre*, par M. Etienne (de Toulouse) (M. L.-Championnière, rapporteur);

8° M. Schwartz s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Rapport.

1° *Sur le traitement du pied bot par ablation de l'astragale et de différents os du pied;*

2° Sur un travail de M. Romniceanu (de Bucharest) : *Intervention chirurgicale dans les cas de pied bot varus et varus équin congénital,* et sur diverses observations de *pied bot équin et varus,* opérés par le Dr Piéchaud (de Bordeaux).

Rapport par le Dr L.-Championnière.

Le traitement du pied bot par l'extirpation de l'astragale ou de plusieurs os du pied ayant été discuté, j'en profite pour vous faire le rapport sur deux mémoires qui m'ont été confiés, et pour vous donner le résultat de mon expérience personnelle sur le sujet. Sans avoir un nombre bien considérable de cas, mon chiffre, étant seulement de 8, est plus élevé que celui de la plupart des orateurs qui ont pris part à cette discussion. De plus, mon premier cas est déjà ancien, puisque l'opération a été faite quelques jours après la communication de M. E. Bœckel à notre Société. C'est un point qui a sa valeur, comme je vais vous le dire tout à l'heure.

Enfin, comme il arrive pour ces opérations dans les services généraux, j'ai eu affaire surtout à des cas de déformation très considérable.

Pour tous ceux qui ont pratiqué ce traitement du pied bot, il s'est passé un fait identique. On a abordé l'opération avec une certaine circonspection, en se disant qu'une si grosse opération serait réservée à des cas très graves; puis on s'est aperçu que cette opération n'avait rien de menaçant. Son action est infiniment plus simple que celle des appareils avec ou sans ténotomie. Le traitement post-opératoire est rapide, sans durée et sans difficulté. Et, si l'on conserve pour la ténotomie seule les cas d'une extrême simplicité, on étend facilement la tarsotomie à des pieds bots qu'une longue suite de soins patients aurait pu corriger autrement.

Les auteurs des travaux sur lesquels je dois vous faire un rapport ont passé par des hésitations qui sont bien caractéristiques de ces observations. L'un, M. Romniceanu, est un chirurgien d'enfants de longue expérience. Il commence par nous dire : j'ai employé la ténotomie, j'ai appliqué des appareils, je n'ai pas vu de résultats me satisfaisant complètement. Le traitement est long; les enfants supportent mal les appareils. Les récidives sont d'une extrême fréquence. Au contraire, depuis que j'ai fait l'extirpation de l'astragale, j'ai eu des résultats rapides, complets, pas de réci-

dives. La courte durée de l'application des appareils a fait que ceux-ci ont été faciles à supporter. Il cite à l'appui 10 cas de guérison sur 11 opérations. Un enfant est mort de méningite intercurrente.

M. Piéchaud n'est pas moins net dans ses conclusions. Il y a peu de temps encore, confiant dans la tradition, il protestait dans des leçons cliniques contre l'ablation des os du tarse dans la cure du pied bot. Il se croyait armé suffisamment par les appareils. Puis il vient à l'opération, et d'emblée il a le droit d'être satisfait des résultats obtenus. Il note très consciencieusement quelques petits desiderata de l'opération qu'il fera disparaître avec plus d'expérience ; mais d'emblée le voilà partisan d'une opération qu'hier encore il déconseillait.

Il en arrivera de même pour tous ceux qui voudront bien employer la méthode avec les moyens convenables.

Le fond de l'opération doit être l'ablation de l'astragale avec certains autres os du tarse. La section du tendon d'Achille peut être une nécessité et donne de très bons résultats. La section d'autres tendons a beaucoup moins d'importance, et les sections ligamenteuses, sur lesquelles on appelait tout dernièrement l'attention, ne me paraissent pas avoir un très grand intérêt. C'est la destruction osseuse qui doit être poursuivie ; c'est elle qui permet la disparition immédiate et complète de la difformité. L'intérêt capital de l'opération, c'est que la destruction soit considérable, avec une correction complète. Chose très intéressante à noter, c'est que, quelle que soit l'étendue de cette destruction, elle n'a aucun inconvénient pour la marche et même pour la forme du pied. Aussi, l'extirpation de l'astragale et la ténotomie du tendon d'Achille ayant été faites, il faut aborder sans aucune crainte l'extirpation successive de tous les os du tarse qui gênent la réduction. Je puis citer comme un des cas les plus remarquables ma dernière opération de pied bot sur un sujet qui m'avait été adressé par le Dr Capper. Chez ce jeune homme de 19 ans, j'ai enlevé successivement l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes et toute la partie antérieure du calcanéum. Le redressement a été parfait, la marche excellente ; car, bien que j'aie prescrit pour les premiers temps l'emploi d'une bottine à tuteurs, en attendant cette bottine, deux mois après l'opération, il marchait très convenablement en pantoufles.

Qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant, il n'y a pas à prendre souci des destructions osseuses. La réparation est complète ; je pense même qu'elle est toujours meilleure après ces larges interventions qu'après les opérations parcimonieuses. Les pieds sont plus souples ; ils retrouvent plus facilement des mouvements éten-

dus. Aussi, après avoir passé comme tout le monde par une période d'hésitation, je suis bien résolu à pratiquer une opération toujours complète, à ne point compter sur l'avenir, sur la correction ultérieure par les appareils ou par le massage. Il n'y a dans le pied qu'un os qu'il y ait un intérêt à ménager, c'est la malléole externe, que l'on a enlevée quelquefois. Le pied se répare mieux et plus vite que la mortaise ; aussi faut-il toujours éviter de toucher à celle-ci, et j'ai toujours réussi à le faire. J'insiste sur ces faits à cause de la très intéressante communication faite à notre Société par M. Nélaton. Notre collègue, étudiant un point d'anatomie pathologique, a été amené à admettre que l'ampliation de l'astragale, qui l'empêche de rentrer dans la mortaise, est due surtout à une sorte d'appendice développé sur la facette externe de l'astragale; cette sorte d'exostose serait la véritable cause de l'équinisme. Il suffirait, d'après cette théorie, de faire sauter cette cale osseuse pour obtenir la réduction de la difformité. Cette manière de voir est très séduisante sans doute ; mais elle ne me paraît pas avoir toute la portée pratique que quelques-uns de nos collègues ont été tentés de lui attribuer. Elle mène à une opération parcimonieuse, et nous ne trouvons aucun intérêt à une opération parcimonieuse. Elle ne dispense pas, du reste, de l'action nécessaire sur les autres os du tarse. L'opération sera donc au moins aussi compliquée que celle que nous préférons, et il est aisé de prévoir que le jeu des articulations du pied n'en sera pas favorisé.

On doit bien savoir, en effet, que, pour obtenir un bon résultat fonctionnel après ces sortes d'opérations, il faut mobiliser les articulations avec beaucoup de soin. Ce que l'on a à redouter, ce n'est pas l'absence de solidité du pied, mais une trop grande résistance des articulations au mouvement. La voûte du pied qui se reforme est toujours trop importante. En un mot, c'est l'excès de reproduction osseuse et des articulations trop serrées qu'il faut craindre. A quoi bon se préoccuper d'épargner de l'os ou de chercher à conserver l'intégrité des jointures.

Tous ceux qui ont fait assez de ces opérations savent que le pied est si solide ensuite qu'il y a à peine besoin d'un appareil inamovible pour le maintenir dès les premiers temps. Pour ma part, il m'est arrivé plusieurs fois de me contenter de l'ensemble de mon pansement et d'éviter tout appareil plâtré. Ce qui me préoccupe le plus, c'est le choix du moment opportun pour commencer les mouvements, et je trouve toujours, pour la perfection des résultats, que l'on ne les a jamais commencés assez tôt.

M. Romniceanu, dans son mémoire, qui est plutôt une courte statistique, préconise une seule incision externe, sur laquelle il élève au besoin une perpendiculaire. Il pense, avec une seule inci-

sion, éviter une grande cicatrice qui aurait l'inconvénient de s'ulcérer très facilement. Ses opérations ont porté surtout sur de jeunes enfants, car il conseille comme l'époque la plus favorable l'âge de 18 à 20 mois, lorsque la période de dentition est très avancée. Il évite les premiers mois, où le traumatisme et les hémorrhagies sont mal supportés. Mais ensuite, selon lui, l'opération est beaucoup mieux supportée que les appareils. Il insiste surtout sur ce fait que l'extirpation de l'astragale n'est jamais suivie de récidive, tandis que la récidive est si commune après les ténotomies et après l'application des appareils ordinaires.

Or, son expérience mérite d'être signalée, car il cite 31 cas de pieds bots qu'il a soumis à divers traitements.

Ces conclusions de M. Romniceanu nous paraissent devoir être très bien justifiées, quoique nous n'ayons pas personnellement une expérience de ces opérations sur les très jeunes enfants.

Les deux observations de M. Piéchaud ont trait à des opérations pratiquées sur des enfants de 12 ans et de 2 ans et demi. Vous pouvez voir, d'après les moules, que les résultats ont été satisfaisants pour tous deux.

Le petit malade de 2 ans était atteint de pied bot double. Cela donne donc trois opérations. Mais, sur cet enfant, l'opération faite a été seulement l'ablation du cuboïde, qui paraît avoir suffi à donner un bon redressement des pieds. Sur l'enfant de 12 ans, au contraire, M. Piéchaud a enlevé non seulement l'astragale, mais une partie du cuboïde, du scaphoïde, une partie de la malléole externe et du calcanéum. Cette ablation d'une partie considérable des os du tarse a été suivie d'un résultat excellent, malgré un certain degré de suppuration. Neuf mois après l'opération, on en peut constater les effets : bonne marche, avec légère claudication.

Les résultats obtenus par M. Piéchaud me semblent très encourageants, et je n'aurais, pour ma part, qu'une critique à faire de son opération, relativement à l'ablation d'une partie de la malléole externe.

Je ne saurais, au contraire, trop louer le soin avec lequel il a poursuivi tous les obstacles à la réduction, en enlevant successivement tous les os qui la gênaient. C'est là la véritable manière de procéder pour arriver à des effets complets.

Je voudrais encore, d'après mon expérience personnelle, insister sur ce point très important de la médecine opératoire. Pour les parties molles, il ne faut pas trop se gêner et ménager les incisions, puisque la réunion par première intention doit nous permettre de réparer les brèches immédiatement. Mais pour cette réunion même, qui est capitale, l'ablation d'une grande partie du tarse est chose très importante. Si la réduction se fait aisément,

sans efforts, les parties ne laissent pas de vide entre elles; elles ne grimacent pas. Leur accollement ne permet pas de vide. Je suis convaincu que si on a reproché à l'opération de laisser une cavité très difficile à combler et donnant des tendances à la suppuration, c'est qu'il s'agissait de cas où, dans un esprit de parcimonie, on avait fait des réductions insuffisantes, en comptant sur l'avenir pour compléter les effets de l'opération.

Au point de vue même de la facilité et de la simplicité de la réparation, l'opération doit être aussi complète que possible.

On a conseillé de faire une opération à peu près suffisante et de compter sur les soins consécutifs, sur les appareils pour en compléter les effets. C'est une faute, car un des grands mérites de l'opération, c'est de permettre une cure immédiate pour ainsi dire. On évite tous les appareils, toutes les pressions. Un appareil, après une opération de tarsotomie, ne doit pas avoir pour but de maintenir avec effort un résultat obtenu. Il doit maintenir sans peine un tarse devenu trop mou et donner ainsi au pied la rectitude qu'il doit montrer. On le maintient en place tant que ce pied mou peut avoir une tendance à se déformer, ce qui n'est pas long, car la réparation des os se fait avec une bien grande rapidité.

Le chirurgien, après l'opération, n'a plus qu'un travail à faire: il doit chercher à rétablir la fonction du pied, la souplesse des articulations. Il doit donc exercer le pied plutôt que l'immobiliser. Pour arriver à cela, l'appareil que l'on placera doit être très simple. Pour ma part, je ne place pas d'appareil à proprement parler. Je fais porter à l'opéré une bottine avec des tuteurs latéraux. Ceux-ci ne peuvent avoir pour but d'amener un nouveau déplacement du pied. Sa fonction est tout simplement de maintenir le pied pour empêcher ses mouvements de latéralité. En effet, tant que le pied n'a pas repris sa forme et sa consistance définitive, ces mouvements de latéralité sont à redouter; ils déterminent des sortes d'entorses douloureuses et peuvent même causer des déformations. Pour les pieds bots paralytiques, il peut y avoir avantage à conserver cette disposition de la bottine définitivement. Si les muscles du membre sont complètement atrophiés, les tuteurs latéraux sont nécessaires pour donner le maintien nécessaire au pied.

En dehors de cette bottine, il n'y a rien de bien particulier à prescrire au sujet, sauf les mouvements méthodiques destinés à exercer le pied. Cependant, on voit à ce moment se développer des muscles qui paraissaient condamnés à une atrophie définitive. Aussi pourra-t-on avec avantage conseiller par surcroît les courants continus et la faradisation du membre déformé.

Lors de la réparation osseuse du pied, on peut constater que celle-ci se fait très bien en hauteur et peut-être un peu moins

bien en longueur. En effet, le pied reste habituellement un peu plus court que celui du côté opposé, mais il redevient à peu près aussi haut. Il en résulte que la différence entre les deux membres est très peu sensible, et, ce qui est plus important encore, que la marche n'est pas altérée. Il n'y a pas de boiterie du fait de la différence de longueur des membres.

Cette tendance au relèvement du pied en hauteur a encore une bonne conséquence en ce qui concerne la malléole externe. Aussitôt après l'opération, la malléole paraît beaucoup trop longue et on est tenté de la raccourcir. Il n'y a aucun inconvénient à s'en dispenser, car si on a la patience d'attendre, on verra presqu'à coup sûr le pied s'élever à nouveau, et la malléole externe paraîtra parfaitement en situation normale. Ce renseignement est d'autant plus précieux qu'il est facile de constater que, dans toutes les opérations où la mortaise tibiale a été compromise, sa réparation a toujours été très lente.

De mes huit opérations, toutes faites pour de très mauvais cas, les suites ont été vraiment satisfaisantes, car cinq opérés marchent très bien, une opérée paraît avoir retrouvé assez lentement les fonctions de son pied et le septième ne m'a donné qu'un très médiocre résultat. Mais pour celui-ci, je crois pouvoir en donner deux raisons suffisantes : la première, c'est que j'ai fait une opération trop incomplète comme celles que je critiquais tout à l'heure; la seconde, c'est que mon sujet avait des atrophies musculaires qui m'ont empêché d'obtenir quelque chose des soins consécutifs sur lesquels j'avais compté. Je suis convaincu que si je retrouvais le sujet aujourd'hui, je pourrais obtenir d'une nouvelle opération, ce que je n'ai pas obtenu pour cause de parcimonie.

Quand on songe que ces résultats sont excellents et que, de plus, ils ont été obtenus avec une extrême rapidité, on doit admettre que l'extirpation de l'astragale constitue un progrès considérable. Sans appareil orthopédique, les opérés marchent déjà au bout de six semaines. Dès le début, la plante du pied est d'aplomb et les bourses séreuses tendent à disparaître. Avec les procédés de pansement que j'emploie aujourd'hui, deux pansements suffisent d'ordinaire pour mener le traitement jusqu'à cicatrisation complète. C'est là un point capital, car je crois qu'il faut écarter tous les cas de suppuration des prévisions à étudier, parce qu'il n'y a aucune raison pour que ces opérations aient plus droit de suppurer que toutes celles de la chirurgie moderne.

Dans ces conditions, ces opérations ne sont pas dangereuses, et je suis bien convaincu, pour ma part, qu'en cas de difformité importante elles ne peuvent pas risquer d'être plus préjudiciables à la santé générale que les ténotomies suivies d'applications d'appareils

orthopédiques. Ceci ne paraîtra paradoxal que si on n'a pas assez pratiqué l'opération pour en bien connaître les ressources et les suites toujours simples.

La douleur même n'est pas bien considérable, et la plus jeune de mes opérées, qui était très difficile à aborder, n'a jamais manifesté qu'une douleur très modérée. Elle n'avait pas d'appareil solide, et le premier pansement fut retardé le plus longtemps possible.

La seule observation qui me paraîtrait justifiée a trait aux jeunes enfants. En principe, la chirurgie vraiment antiseptique est très difficile à pratiquer chez eux. Les antiseptiques vraiment utiles risquent de les empoisonner et peuvent irriter assez les lèvres de la plaie pour donner lieu à des complications. Cependant, avec des précautions, on peut arriver à éviter cet écueil. Nous en donnons pour bonne preuve les succès des auteurs dont nous rapportons les travaux. Il est bon, du reste, de faire remarquer que si le pansement est plus difficile chez les jeunes sujets, au moins ont-ils l'avantage d'être beaucoup plus faciles à opérer.

Dans nos opérations sur l'adulte, nous avons comme tout le monde rencontré des difficultés d'exécution qui ne nous ont pas paru bien effrayantes, mais dont on aurait tort de nier la réalité. Chez nos sujets plus jeunes, l'opération fut incomparablement plus facile. Ceux qui ont opéré chez les très jeunes enfants nous ont affirmé que chez eux l'intervention ne présentait aucune difficulté.

Je conclus donc de mes propres observations, comme de celles de beaucoup d'autres chirurgiens et en particulier de ceux dont je suis le rapporteur, que le véritable traitement des déformations du pied bot, c'est l'extirpation de l'astragale et de tous les os du tarse qui prennent part à la difformité. Cette opération ne saurait être comparée en aucun cas avec les opérations incomplètes qui portent sur les tendons ou sur les ligaments. Il y a lieu de l'appliquer non seulement aux déformations très graves, mais à beaucoup de déformations qui demanderaient un long traitement par appareils et ténotomie, mais à toutes celles dont le traitement doit être de longue durée. Chez les petits enfants, elle rencontre certaines conditions d'exécution très favorables; chez tous elle n'a pas le caractère de gravité qu'on lui a attribué. Dans la pratique, les suites de l'opération demandent à peine de surveillance et point de difficultés.

Les pieds privés de l'astragale et même de plusieurs os du tarse sont très propres à la marche, et ne diffèrent même pas d'aspect du pied normal dans la proportion que l'on avait prévue.

J'ai joint à ce court mémoire le tableau comprenant le résumé de mes huit observations.

NUMÉROS d'ordre.	LIT et salle.	NOM du malade.	MALADIE.	OPÉRATION.	PROFESSION.	IE.	DATES d'entrée.	DATES d'opération.	DURÉE de l'opération.	ANESTHÉSIE.	DATES Sortie.	DATES Mort.	OBSERVATIONS.
1 (1883)	4 Richard Wallace.	B... (Marie).	Pied bot varus équin paralytique.	Extirpation de l'astragale.	»	8	28 mai 1883	2 juin 1883	»	»	20 octobre 1883	»	»
2 (1887)	55 Baraques.	C... (Arthur).	Pied bot double.	Extirpation de l'astragale à droite.	Sans prof.	5	15 mars 1887	12 mai 1887	»	»	4 mars 1888	»	Accident chloroforme. Respiration artificielle. Réunion sans suppuration. Résultat médiocre.
3 (1888)	41 Isolement.	D... (Eugène).	Pied bot paralytique varus équin.	Incision externe en avant de la malléole. Incision interne en dehors du jambier antérieur. Ligaments astragaliens difficiles à sectionner. Extirpat. de l'astragale scaphoïde et cuboïde.	Photographe.	8	20 avril 1888	26 avril 1888	»	»	21 juillet 1888	»	Sort marchant bien. Pied posé bien à plat. Revu le 31 mars 1889. Marche très bien le pied à plat avec et sans soulier. Pas d'appareil. Un soulier à contrefort solide sans tuteur.
4 (1888)	4 Isolement.	T... (Julie), envoyée par le Dr Jouslain.	Pied bot paralytique droit en varus équin depuis l'âge de 13 mois.	Incision externe par laquelle l'astragale puis le cuboïde sont enlevés. Ce dernier plus difficile. Bande d'Esmarch.	Sans prof.	0	20 juillet 1888	26 juillet 1888	»	»	17 septembre 1888	»	Très bonnes nouvelles en mai 1889. La marche est bonne.
5 (1888)	26 Isolement.	G... (Héloïse).	Pied bot paralytique varus équin gauche. Très douloureux pendant la marche.	Incision dorsale unique. Difficulté pour inciser le ligament astragalien postérieur. Extract. de l'astragale, puis section du tendon d'Achille. Bande d'Esmarch.	Sans prof.	5	4 septembre 1888	6 septembre 1888	»	»	29 octobre 1888	»	Suites immédiates bonnes.
6 (1888)	»	B...	Pied bot paralytique gauche varus équin.	Extirpation de l'astragale. Drainage, guérison par première intention. Section du tendon d'Achille.	»	9	»	9 mai 1888	»	»	»	»	Résultats au 1er sept. 1889 excellents. L'enfant marche et court avec la plus grande aisance. Bottine à tuteurs latéraux légers.
7 (1889)	24 Isolement.	E... (Bernard).	»	Incision dorsale unique. Peu de sang. Dégagement difficile de l'astragale. Ténotomie à ciel ouvert du tendon d'Achille. Un drain.	»	5	9 septembre 1889	12 septembre 1889	35 minutes	15 grammes	4 novembre 1889	»	Sort en très bon état. Pied droit. Marche presque sans boiter avec bottine et tuteurs.
8 (1889)	Maison Defaut (Neuilly).	J... da S. S., envoyé par le Dr Capper.	Pied bot varus équin droit acquis. Très difforme. Paralysie infantile.	Ablation de l'astragale, cuboïde, scaphoïde, cunéiforme et moitié antérieure du calcanéum.	»	9	»	21 juin 1889	»	»	»	»	Guérison parfaite sans suppuration. Marche excellente sans appareil, avec mobilité du pied.

En ce qui concerne les travaux de MM. Romniceanu et Piéchaud dont j'ai résumé les opinions, je demande des remerciements pour les auteurs et le dépôt de leurs travaux aux archives.

Discussion.

M. Berger. J'ai jusqu'à ce jour opéré en tout six malades des deux pieds. Deux fois j'ai pratiqué l'extirpation simple de l'astragale. Six fois j'ai dû réséquer partiellement le calcanéum et le cuboïde. Ces dernières opérations m'ont fourni des résultats meilleurs au point de vue de la conformation du pied.

Mes deux premiers opérés ont conservé un certain degré d'enroulement du pied; chez les cinq autres, la face externe est rectiligne et la conformation régulière.

Comme M. Championnière, j'ai été frappé du peu de mobilité du pied, de la solidité des régénérations osseuses, malgré les pertes de substance infligées au squelette de la région.

L'incision externe, avec légère déviation dorsale, se dirigeant vers l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien, m'a toujours suffi, et ce n'est qu'exceptionnellement que j'y ajoute une légère incision perpendiculaire à ses extrémités.

Dans mes quatre dernière opérations, j'ai abandonné le drainage. J'ai fait des sutures profondes au catgut, et réuni superficiellement avec le crin de Florence. Les malades ont guéri sous un seul pansement et dans un délai de quinze à vingt jours.

Je ne serre pas trop le pansement, pour lequel j'emploie le salol et l'ouate aseptique, le tout consolidé par un plâtre.

Je laisse marcher les malades au bout de quatre à cinq semaines. Le dernier enfant que j'ai opéré en novembre dernier se sert très bien de ses pieds, bien que ses muscles soient encore restés insuffisants.

Je ne conseille jamais l'usage de l'appareil à tuteurs latéraux: une chaussure un peu forte suffit.

M. Kirmisson montrera pièces en main, dans une prochaine séance, que l'incision de Phelps ne mérite pas le discrédit dont on veut la frapper.

Rapport.

Sur une observation d'*amputation inter-scapulo-thoracique*, communiquée par le Dr E.-A. Lewis (de Brooklyn).

Rapport par M. Paul Berger.

Il y a quelques semaines, je vous communiquais le résumé

d'une observation d'amputation inter-scapulo-thoracique, qui avait été pratiquée avec succès par le Dr Thomas T. Chavasse, chirurgien de General Hospital, à Birmingham, pour un énorme enchondrome de l'épaule.

M. E.-A. Lewis, de Brooklyn, vous communique aujourd'hui le résultat heureux d'un nouveau cas dans lequel il a eu recours à cette opération pour une tumeur de l'épaule.

Un Américain, photographe, âgé de 47 ans, reçut en novembre 1887 le choc d'un brancard de voiture sur l'épaule gauche ; le médecin qui le soigna dit avoir reconnu une fracture de l'humérus avec luxation de l'épaule. Depuis cette époque, le blessé ne recouvra pas l'usage de son bras, et le volume de l'épaule s'accrut lentement. En avril 1889, il perdit complètement l'usage du membre, et commença à ressentir de grandes douleurs. Admis à l'hôpital de Brooklyn le 26 avril, il présentait un gonflement énorme et une exquise sensibilité de l'épaule gauche. On conclut à l'existence d'un ostéo-sarcome englobant l'articulation scapulo-humérale, et on résolut de recourir à l'amputation inter-scapulo-thoracique que le Dr E.-A. Lewis pratiqua le 29 du même mois.

L'artère sous-clavière, dans un premier temps, fut liée au niveau de sa 3e portion ; ce ne fut pas sans peine, car le développement de la tumeur l'avait refoulée en dedans et en bas ; puis l'extirpation du membre supérieur et du scapulum fut exécutée ; la moitié interne de la clavicule fut laissée. L'opéré ne perdit pas beaucoup de sang, mais il présenta les caractères du shock grave. Il se releva néanmoins et guérit sans aucun incident. La surface traumatique ne donna pas une goutte de pus, la réunion par première intention fut complète, sauf en un point très limité (1/2 pouce). Le sujet est actuellement parfaitement rétabli (14 décembre 1889).

Je ne ferai que de courtes remarques à propos de cette intéressante observation, qui nous relate un nouveau succès à mettre à l'actif de l'opération dont j'ai cherché à démontrer les avantages et à régulariser l'emploi dans un travail récent.

Il ne semble pas que M. Lewis ait eu recours, pour lier l'artère axillaire, à la résection de la partie moyenne de la clavicule, comme j'ai conseillé de le faire. Peut-être aurait-il eu plus de facilité à trouver le vaisseau ; il ne nous dit pas non plus s'il a lié préalablement la veine sous-clavière. Quoi qu'il en soit, l'histoire de son malade montre une fois de plus que, lorsque l'artère sous-clavière a été assurée par la ligature, le reste de l'opération peut s'achever presque sans perte sanguine.

Le beau succès obtenu par M. E.-A. Lewis confirme également ce que j'ai dit de l'innocuité, du peu de gravité de cette énorme mutilation quand elle est pratiquée pour des tumeurs. Tout autres,

on le voit, sont les risques qu'elle entraîne dans les cas traumatiques, en raison du shock et de la perte de sang causés par l'accident et auxquels viennent s'ajouter le shock et la perte de sang que détermine l'opération. Ce peu de gravité de l'amputation inter-scapulo-thoracique dans les cas de ce genre doit engager les chirurgiens à la pratiquer de bonne heure, et de préférence à la désarticulation scapulo-humérale, lorsqu'ils ont affaire à une tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus ; à plus forte raison quand il s'agit d'une tumeur de l'omoplate.

Malheureusement, ce que nous savons de la fréquence des récidives, à la suite de l'opération dans les cas de ce genre, diminue la satisfaction que devraient nous donner ces succès trop souvent éphémères. Espérons que le malade de M. Lewis sera plus heureux que la plupart de ceux qui se sont trouvés dans le même cas, et que notre distingué confrère pourra dans quelques mois nous confirmer la permanence du résultat que nous le remercions de nous avoir communiqué.

Rapport.

Sur une observation de *Rétrécissement d'origine inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse*, communiquée par M. le Dr Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes.

Rapport par M. Paul Berger.



Le fait que nous a communiqué M. le Dr Lecerf, de Valenciennes, est un nouveau succès à l'actif de la méthode de M. Le Fort.

Il s'agissait d'un rétrécissement du rectum assez haut situé (à 9 centimètres de l'anus), annulaire, et qui ne laissait passer qu'une bougie n° 20 de la filière Charrière. Ce rétrécissement était compliqué de deux petits trajets fistuleux borgnes, ne paraissant pas communiquer avec l'intestin. Cette lésion paraissait exister depuis une dizaine d'années ; à cette époque, la malade, à la suite d'un accouchement survenu avant terme, avait été atteinte d'un abcès péri-rectal, qui s'était ouvert à la fois dans l'anus et dans le vagin. Cet abcès, après une longue suppuration, avait laissé à sa suite une difficulté croissante des garde-robes ; l'aggravation des phénomènes fonctionnels, les besoins incessants d'aller à la selle, l'impossibilité, dans les derniers temps, de rendre autre chose que des mucosités sanguinolentes ou des matières dont le calibre n'excédait pas le calibre d'un crayon, l'existence d'un écoulement

sanieux continuel, la gêne et les douleurs intolérables résultant de cet état, enfin tout le cortège ordinaire des accidents provoqués par l'existence d'un rétrécissement très étroit du rectum, avaient déterminé la malade à demander du secours.

M. le Dr Lecerf jugea avec raison que ce cas était de ceux qui, en raison de l'étroitesse du rétrécissement, se prêtent mal à la dilatation progressive, si dangereuse et si infidèle quand il s'agit de rétrécissements élevés du rectum. Le siège même de la lésion, sans rendre impossible l'exécution d'une rectotomie linéaire, était un obstacle en raison de l'étendue qu'il aurait fallu donner à l'incision du rectum.

Dans ces conditions, M. Lecerf se résolut à s'adresser à la méthode de M. Le Fort, qui voulut bien lui donner les indications les plus exactes sur son mode d'application et sur l'instrumentation nécessaire à son emploi.

Commencées le 26 avril, les séances d'électrolyse, au nombre de vingt-cinq, furent terminées le 3 juin, M. Lecerf laissant de temps en temps deux ou trois jours de repos à la malade. Le courant employé correspondait environ à 60 milliampères ; dès la sixième application, le doigt put constater une diminution de la coarctation ; il fallut bientôt augmenter le calibre des sondes servant de conducteurs ; en même temps le ténesme rectal diminuait d'intensité, le calibre des matières rendues par les garde-robes augmentait notablement, et l'état général de la malade s'améliorait d'une façon rapide.

Il est certain que la malade de M. Lecerf a retiré un réel bénéfice de ce mode de traitement, bénéfice démontré par la dilatation du rétrécissement et par l'amélioration des troubles fonctionnels et de la santé; mais jusqu'à quel moment cette amélioration a-t-elle été suivie ? L'auteur de la communication ne nous le dit pas ; il ne donne pas d'indication précise permettant d'établir quel était à la fin du traitement le calibre du rectum au niveau de la portion rétrécie.

Même incertitude pour ce qui a trait à la durée du résultat obtenu : sur ce point évidemment, une observation un peu plus prolongée eût été nécessaire, et M. Lecerf aura probablement perdu de vue sa malade, comme cela nous arrive toutes les fois qu'une amélioration notable permet aux gens de cette condition de se passer de soins journaliers. Telle est néanmoins la question la plus intéressante à résoudre : la guérison obtenue par l'électrolyse se maintient-elle, et pour combien de temps ? Les opérés peuvent-ils se dispenser d'entretenir la dilatation de leur rétrécissement par l'introduction de bougies rectales répétée tous les quelques jours ?

Pour apprécier la valeur de l'électrolyse, méthode évidemment très supérieure à la dilatation quand elle est applicable, en raison de la rapidité plus grande de son action et de la permanence de ses résultats ; pour estimer exactement la place qu'elle doit tenir à côté des opérations, il faut avant tout pouvoir juger de la durée de ses effets : c'est à ce point de vue surtout que les observations qui nous seront communiquées dans la suite devront être conçues et rédigées. Le fait que vous a rapporté M. Lecerf n'en reste pas moins intéressant et bon à retenir comme un exemple nouveau de l'efficacité et de l'innocuité d'une méthode à laquelle on recourrait certainement davantage si l'on connaissait mieux les résultats qu'elle peut donner, mais dont l'instrumentation un peu compliquée détourne, à tort peut-être, un certain nombre de chirurgiens qui trouvent dans l'intervention chirurgicale un moyen d'action plus rapide et mieux à la portée de chacun d'eux.

Rapport

Sur une observation d'*Anévrysme traumatique de l'artère cubitale*, communiquée par M. le Dr Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes.

Rapport par M. Paul Berger.

Dans le cas que nous rapporte M. le Dr Lecerf, il s'agissait bien d'un anévrysme traumatique de l'artère cubitale, mais d'un anévrysme assez récent dans lequel, s'il y avait une cavité circonscrite renfermant des caillots et en communication avec la blessure de l'artère, il ne paraît pas qu'on ait observé l'existence d'une membrane fibreuse propre, limitant cette cavité.

La lésion remontait à un peu plus de deux mois ; elle avait consisté en une plaie par coup de couteau de l'artère cubitale, au-dessus du poignet. Le médecin qui avait été appelé pour arrêter l'hémorrhagie s'était borné à faire sur la plaie de la compression; la plaie s'était fermée, mais une tumeur pulsatile et soufflante était apparue aussitôt après au niveau du point blessé. Bientôt, d'ailleurs, la cicatrice s'était rouverte et avait donné lieu à une nouvelle hémorrhagie, qui, arrêtée de nouveau par la compression, s'était reproduite à plusieurs reprises. On avait essayé, mais sans succès, de la ligature de l'artère cubitale au-dessus de la plaie ; l'hémorrhagie s'était encore reproduite. M. Lecerf, appelé en consultation, put constater l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, siégeant sur le bord cubital de l'avant-bras,

tumeur au sommet de laquelle on voyait une petite ouverture de 3 à 4 millimètres ; cette ouverture était obstruée par un caillot ; lorsqu'on l'enleva, un jet artériel partit de la plaie. Il y avait en outre un abcès phlegmoneux de voisinage, dû aux manœuvres auxquelles on avait eu recours pour arrêter le sang.

M. Lecerf, après avoir fait comprimer l'artère humérale, ouvrit largement la poche, la débarrassa des caillots mous qui l'obstruaient, enleva par grattage les caillots adhérents à ses parois ; puis, faisant suspendre la compression de l'artère humérale, il put voir aussitôt, dans le fond de la cavité ainsi nettoyée de son contenu, deux jets artériels, l'un supérieur, l'autre inférieur, se dirigeant l'un vers l'autre. Deux pinces hémostatiques, aussitôt remplacées par des fils, furent placées sur les orifices qui leur donnaient passage et arrêtèrent définitivement l'écoulement. La poche fut laissée ouverte et se combla du fond à la surface sans autre incident ; moins d'un mois après, le blessé était complètement guéri.

L'intérêt particulier de ce fait réside dans la reproduction des hémorrhagies qui, pendant plus de deux mois, ne cessèrent de se faire par la plaie ; l'anévrysme faux consécutif qui s'était produit possédait, dans l'existence de la blessure extérieure qui s'était rouverte, une sorte de soupape de sûreté qui de temps en temps laissait échapper des caillots qui l'obstruaient, puis un jet de sang artériel, probablement lorsque la tension à l'intérieur de la poche devenait trop considérable.

M. Lecerf a adopté la seule conduite qui fût à suivre : la ligature de la cubitale au-dessus de la plaie, qui avait été pratiquée, ne pouvait donner aucun résultat. L'ouverture de la poche anévrysmale et la recherche des deux bouts de l'artère divisée étaient rigoureusement indiquées. Il ne pouvait être question de pratiquer l'extirpation d'un sac qui n'existait pas encore à l'état de parois distincte et bien isolable ; la méthode ancienne était donc la seule à laquelle on dut s'adresser, et M. Lecerf l'a fait sans aucune hésitation.

Dans ces conditions, je pense comme lui qu'il valait mieux ne pas tenter de réunion immédiate après avoir pratiqué la double ligature ; le membre était le siège d'un gonflement phlegmoneux qui avait donné lieu à la formation d'un abcès ; la cavité anévrysmale elle-même avait pendant plus de deux mois été en communication avec l'extérieur par la plaie, incomplètement oblitérée par des caillots ; enfin, les parois de cette cavité n'avaient probablement que peu de tendance à revenir au contact, même après l'ablation des caillots qui leur étaient adhérents. Sur ce point, comme sur les précédents, je ne puis qu'approuver sans réserve

la conduite qu'a suivie notre confrère dans le cas dont il vous a communiqué le récit.

Discussion.

M. Trélat. Théoriquement, il est préférable, après avoir incisé le sac, de rechercher les deux bouts artériels, de les lier, puis d'extirper le sac, ou, à son défaut, après avoir évacué les caillots, d'aviver, de cruenter l'espace qui le représente, de mettre en un mot les parties en état de se réunir immédiatement. Dans les cas où il reste des cavités spacieuses, qu'on se borne à bourrer de gaze iodoformée, on provoque des suppurations abondantes qui peuvent durer de longues semaines.

M. Berger. M. Lecerf, je le reconnais, avait pratiqué un grattage insuffisant. Mais, d'autre part, les circonstances étaient telles qu'il lui était impossible de réunir.

Rapport.

De la colotomie iliaque en deux temps.

Rapport par le Dr Paul Reclus.

Le Dr Jeannel, professeur à l'école de médecine de Toulouse, nous a communiqué un mémoire sur la colotomie iliaque en deux temps, opération préconisée par Maydl (de Vienne), et que je crois avoir pratiquée le premier en France, au commencement de 1887. Depuis j'ai eu recours cinq fois à ce procédé d'une simplicité et d'une bénignité telles qu'il ne me semble pas inutile d'en préciser la technique et d'en fixer les indications.

I. — Les discussions sur le traitement du cancer du rectum par la création d'un anus artificiel n'ont pas été stériles, et l'on est maintenant d'accord sur plusieurs points. Les parallèles sur les mérites respectifs et la valeur comparée de l'anus lombaire et de l'anus iliaque se sont terminés par la victoire définitive de celui-ci; il l'a emporté surtout grâce à l'extrême facilité de l'opération ; on trouve toujours, et pour ainsi dire du premier coup, l'S iliaque au-dessus du ligament de Fallope, et l'on n'a pas à redouter de saisir et de fixer l'intestin grêle, erreur dangereuse que les meilleurs chirurgiens ont commise en pratiquant la colotomie dans la région lombaire. Aussi, aujourd'hui, les dissidences ont cessé, et lorsqu'en France, en Allemagne, en Angleterre ou aux États-Unis, on veut créer un anus artificiel, c'est toujours, du moins lorsqu'on en a

le choix, au niveau de la fosse iliaque gauche qu'on le place.

Un second point admis de tous est que cet anus artificiel doit être fait de telle sorte qu'il présente un obstacle suffisant pour empêcher les matières fécales du bout supérieur de s'engager dans le bout inférieur. Pour obtenir ce résultat, nous avons un choix de procédés; on connaît celui de Madelung, qui, après avoir attiré à l'extérieur une anse de l'S iliaque, la sectionne transversalement, suture l'orifice béant du bout inférieur pour le refouler dans le ventre, et fixe dans la plaie par une couronne de points de suture l'orifice du bout supérieur. C'est évidemment un moyen radical, mais le procédé de Verneuil nous donne plus simplement une égale sécurité: l'anse de l'S iliaque herniée à travers l'incision de la paroi est maintenue en place par des points de suture; le bout supérieur et le bout inférieur sont accolés l'un à l'autre comme les deux canons d'un fusil; il y a donc entre eux un obstacle, un éperon qui dérive à l'extérieur la totalité des matières fécales déversées par le bout supérieur; il serait impossible à la moindre parcelle d'excrément de s'engager dans le bout inférieur.

Ces deux points, le siège de l'anus dans la région iliaque et la nécessité d'un éperon, sont acquis maintenant; la seule question un peu actuelle est de savoir si l'orifice artificiel sera fait en un temps comme la plupart des chirurgiens le pratiquent encore, ou en deux comme Maydl (de Vienne) le propose. Le principe essentiel de la méthode de Maydl est de n'ouvrir l'intestin qu'au bout de quelques jours, lorsque les adhérences avec le péritoine sont solides; la séreuse est alors complètement fermée et ne peut être inoculée par les matières qui, dans l'anus en un temps, pourraient, surtout lorsqu'elles sont liquides, s'insinuer jusque dans le ventre et y allumer la péritonite.

La technique de Maydl est peu compliquée : rien de particulier à noter dans la ligne d'incision au-dessus de l'arcade de Fallope, l'ouverture de la cavité abdominale, la prise de l'anse intestinale et sa hernie au dehors ; l'anse cependant doit être assez largement attirée pour que le mésentère apparaisse. C'est alors que commencent les manœuvres spéciales : on perce le mésentère au ras de l'intestin et l'on fait passer par le trou une tige rigide, bien aseptique, bougie exploratrice neuve, plume d'oie, tige de caoutchouc enveloppée de gaze iodoformée; l'anse intestinale est ainsi fixée au dehors et ne peut rentrer dans l'abdomen, entraînée par une traction du mésentère ou par un mouvement du diaphragme. Maydl suture alors les deux bouts de l'anse intestinale par une double série de points, l'une en avant, l'autre en arrière; puis il abandonne l'intestin dans la plaie après l'avoir entouré et protégé par des chiffonnés de gaze à l'iodoforme.

Au bout de quatre, cinq ou six jours, Maydl pratique, au thermocautère, une incision transversale dans un tiers de la circonférence de l'intestin, et cet orifice permet l'issue des gaz, dont l'émission suffit pour soulager le patient. Au bout de quatorze jours, il rase tout ce qui reste de l'intestin au-dessus de la tige perforant le mésentère, tige qui joue donc le double rôle de soutien et de point de repère. On peut alors, nous dit Maydl, suturer à la peau les bords de l'intestin pour éviter de rendre plus difficile sa rétraction secondaire. L'opération en deux temps est terminée ; l'anus artificiel est constitué, et il ne reste plus qu'à y ajouter un pansement ou un appareil pour éviter que l'individu ne soit impunément souillé par l'issue des matières fécales.

II. — Cette méthode en deux temps, cette ouverture de l'intestin au quatrième ou au cinquième jour n'est évidemment pas toujours applicable, et lorsqu'il s'agit d'une obstruction aiguë, que la péritonite menace ou est allumée, il faut lutter de vitesse avec les accidents, et ouvrir au plus tôt l'intestin pour livrer un passage rapide aux matières. Dans ces cas, pas de doute possible; et nous n'avons qu'à pratiquer l'anus iliaque avec éperon, selon notre technique ordinaire ; une anse intestinale est attirée au dehors, fixée par une couronne de sutures au fil d'argent ou au crin de Florence, puis incisée et excisée même, sur l'heure. Ce procédé a donné tant et de si beaux succès qu'il est inutile de le recommander.

Mais le parallèle des deux procédés est possible pour les obstructions chroniques; la plupart du temps, dans les cancers du rectum, affection qui à elle seule nécessite la presque totalité des anus artificiels, on n'a pas la main forcée pour ouvrir sur l'heure l'intestin, on peut attendre et pratiquer l'opération en deux temps. Eh bien ! dans ce cas, on invoque, en faveur de la méthode de Maydl, quelques avantages dont les principaux sont : d'abord plus de sécurité, car elle rend impossible l'inoculation de la séreuse par les matières septiques ; puis une rapidité beaucoup plus grande dans l'exécution.

Le premier argument n'est pas sans valeur ; certainement, dans l'opération en un temps, lorsque l'intestin est ouvert sur l'heure, des matières liquides pourraient inonder la plaie, s'insinuer entre ses lèvres et pénétrer dans le ventre. Tandis que, dans l'opération en deux temps, la séreuse intestinale et la séreuse pariétale sont unies lorsque les matières fécales, libérées par l'incision tardive, peuvent s'écouler au dehors ; donc, pas de pénétration et d'inoculation possible. C'est vrai, mais il ne faudrait pas trop s'exagérer la portée de cet argument : dans les cas chroniques où l'on peut

pratiquer l'opération en deux temps, les matières intestinales sont en général dures, lentes à sortir, et par conséquent ne menacent pas d'inonder la plaie; c'est lorsque l'obstruction est aiguë que d'habitude les matières sont liquides et pourraient souiller et inoculer la séreuse, et c'est justement alors que l'opération en un temps s'impose.

Donc, à ne considérer que le seul point de vue de l'inoculation possible de la séreuse et de la péritonite consécutive, l'anus en deux temps présente des avantages plus théoriques que positifs. L'argument d'une exécution plus rapide a plus de valeur, et surtout, si, comme nous l'avons fait dans notre première opération de ce genre, on supprime les sutures dont Maydl complique à tort son procédé, quelques minutes suffisent pour établir l'anus artificiel. Comme nous n'avons plus recours au chloroforme et que la cocaïne pourvoit amplement à l'analgésie, nous pouvons en cinq, six ou sept minutes au plus inciser la paroi abdominale, saisir l'S iliaque et attirer une anse au dehors, traverser le mésentère au ras de l'intestin par une bougie très aseptique, et le premier temps de l'opération est alors terminé; au quatrième et cinquième jour, l'anse intestinale est débridée, puis excisée au dixième. En vérité, par sa facilité, sa rapidité et sa bénignité, la création d'un anus iliaque en deux temps est devenu une opération de petite chirurgie.

Un troisième et léger avantage est la cicatrisation rapide de la paroi, qui se ferme sans qu'on observe jamais la moindre suppuration; autrefois, il n'était pas rare de voir de petits abcès se former sur la ligne de suture, et plusieurs chirurgiens, parmi lesquels Verneuil et Trélat, avaient signalé leur fréquence. Je sais bien qu'une antisepsie rigoureuse pouvait les conjurer, et, pour notre part, nous n'en avons pas observé un seul exemple depuis deux ans; il n'en est pas moins vrai que la plaie ouverte et sans suture de l'anus iliaque en deux temps évolue avec une simplicité idéale, et jamais nous n'y avons observé la plus légère complication.

III. — Certes, nous ne voudrions exalter aucun de ces avantages : dans les anus en un temps on sait maintenant éviter les abcès, d'ailleurs sans gravité, que l'on signalait naguère; la rapidité plus grande dans l'exécution n'a qu'une valeur très secondaire, et les vingt minutes qu'exigent les sutures, seul temps de l'opération qui différencie les deux méthodes, ne sont pas faites pour effrayer un chirurgien; enfin, la certitude que l'on a de ne pas inoculer le péritoine lors de l'issue des matières fécales est, nous l'avons vu, plus théorique que réelle, puisque cet accident est devenu exceptionnel avec la technique actuelle.

Néanmoins, et sans nous associer à l'enthousiasme du profes-

seur Albert (de Vienne), nous admettons que ces légers avantages suffisent pour donner la préférence à la méthode de Maydl, car en vérité nous ne lui connaissons aucun inconvénient dans les cas d'obstruction chronique. On a prétendu que c'était continuer pendant quatre ou cinq jours et même aggraver la situation pénible, l'arrêt des matières et les douleurs qu'il provoque. Pourquoi ne pas donner sur l'heure à l'opéré le bénéfice de son opération? L'observation ne confirme pas ce raisonnement, quelque logique qu'il puisse paraître, et lors de nos deux premières ouvertures d'anus iliaques en deux temps, nous fûmes surpris de voir les souffrances endurées jusque-là, les ténesmes, les faux besoins, les irradiations douloureuses, cesser dès que l'anse intestinale, non ouverte pourtant, fut herniée hors de la cavité du ventre.

Dans notre troisième observation, il est vrai, la malade fut prise vers le soir d'agitation extrême, de douleurs, d'épreintes excessivement pénibles, et telles que l'interne se crut obligé d'ouvrir sur l'heure l'anse intestinale herniée; à partir de ce moment, tout rentra dans l'ordre et la guérison n'en fut point entravée. Mais ici nous avions oublié de prescrire les quelques centigrammes d'extrait thébaïque que nous ordonnions d'ordinaire et l'injection sous-cutanée d'un ou deux centigrammes de morphine. Dans notre quatrième et notre cinquième cas, où cette précaution très simple avait été prise, ce léger accident a été conjuré, et dans ses six cas M. Jeannel n'a jamais observé de douleurs après son intervention.

L'anus artificiel obtenu par ce procédé est d'ailleurs excellent, et son éperon des mieux constitué; dans cette opération, en effet, il faut tirer hors du ventre une anse très complète pour insinuer au-dessous une tige rigide. Après une pareille manœuvre, il est évident qu'aucune parcelle des matières du bout supérieur ne peut s'engager dans l'inférieur; le but est atteint et la dérivation à l'extérieur est totale. L'opération plus compliquée de Madelung ne donne pas à cet égard une plus grande sécurité. Aussi déclarerions-nous volontiers, à la suite de Maydl, que sous ce rapport, aucun procédé ne lui est supérieur.

On s'est demandé encore si l'anse intestinale non suturée oblitère assez solidement l'incision de la paroi pour empêcher d'autres anses intestinales de pousser la première et de se hernier aussi à l'occasion d'un effort quelconque, quinte de toux ou vomissement. Mais nous ne relevons aucun accident de ce genre dans les observations de Maydl, dans celles de Jeannel ou dans les nôtres. La tige rigide qui traverse le mésentère maintient fort bien l'anse; d'autant que le pansement, la ouate hydrophile qui enveloppe l'intestin hernié, un tampon d'ouate ordinaire et le bandage de corps s'opposent aussi à cette issue au dehors. Lorsque Maydl se servait

d'une lanière de tarlatane iodoformée et non d'une tige rigide, il a pu noter deux fois l'accident contraire, la rentrée de l'anse intestinale dans le ventre, mais jamais sa sortie trop abondante.

Nous croyons inutile de rapporter ici nos observations et celles de M. Jeannel; elles ne présentent rien de saillant; l'acte opératoire est des plus simples, sans aucune gravité, et si dans un cas de Jeannel et dans un des miens le malade est mort peu après l'intervention, celle-ci ne peut en être incriminée en rien, et nous pouvons conclure de ce rapide exposé que l'anus iliaque en deux temps est une opération simple et facile, plus facile et plus simple que l'anus ordinaire avec couronne de sutures. Aussi proposons-nous d'y avoir recours dans les cas de cancer rectal, lorsque l'obstruction devenant chronique n'exige pas l'ouverture rapide de l'intestin et la prompte évacuation des matières.

Discussion.

M. Trélat. J'ai pratiqué bien des fois, depuis dix ans, l'opération de l'anus artificiel. J'ai fait quatorze fois la colotomie lombaire à une époque où les faits ne m'avaient pas encore clairement démontré la supériorité de l'anus iliaque.

Depuis trois ans, j'ai donné la préférence à cette dernière méthode, qui conduit plus rapidement, plus simplement, et avec autant de certitude, au même but. Mon premier malade opéré ainsi, bien que ce fût un vieillard débile, a bénéficié pendant vingt-huit mois de mon intervention.

J'observai sur cet opéré l'inconvénient signalé déjà par M. Verneuil, je veux dire cette sorte de phlegmon circulaire qui parcourt toute la ligne de suture, amène la désunion des parties superficielles et creuse une sorte de rigole limitée profondément par l'intestin accolé au péritoine pariétal, et supérieurement par la peau; sillon qui se comble lentement et fait attendre parfois jusqu'à dix semaines la guérison définitive.

J'attribuai cet accident au mode de suture adopté par M. Verneuil et qui consiste à fixer d'abord l'intestin au péritoine pariétal, puis, après ouverture, sa muqueuse à la peau.

Il résultait de ce double plan de suture un espace compris entre le péritoine pariétal et la peau, dans lequel s'accumulent facilement des liquides qui deviennent rapidement septiques.

Pour éviter cet inconvénient, je fixe directement la totalité de la paroi intestinale à la peau, sans me préoccuper du péritoine pariétal.

La surface externe de l'intestin reste donc directement appli-

quée contre le péritoine et toute l'épaisseur de la surface de section de la paroi abdominale.

Depuis que j'utilise ce procédé de suture, l'inconvénient signalé plus haut ne se montre plus. Récemment, j'ai fait un anus artificiel d'après le procédé de Maydl. J'ai fixé l'intestin au dehors au moyen d'une sonde passée au travers du mésentère. Je ne me suis point préoccupé ultérieurement du champignon intestinal extérieur, qui a fini par s'atténuer peu à peu. Je ne trouve aucune supériorité à cette manière d'opérer, qui ne peut être utile que si on peut différer l'ouverture de l'intestin.

Dans les cas assez nombreux où l'on doit obtenir un résultat rapide, il va de soi qu'elle est complètement inadmissible.

M. Kirmisson. Je suis en complète communauté d'idées avec M. Reclus. J'ai pratiqué douze fois la colotomie inguinale; il m'est arrivé de ne trouver l'S iliaque qu'après avoir amené au dehors une anse d'intestin grêle, de l'épiploon même; je n'ai pourtant jamais rencontré de difficulté sérieuse.

On ne peut rejeter absolument de la pratique la colotomie lombaire, à laquelle force serait de recourir si l'obstacle siégeait sur le côlon iliaque.

Outre l'inconvénient présenté par le procédé de Maydl, de nécessiter deux opérations successives, n'est-il pas à craindre que des efforts de vomissements n'expulsent une quantité plus ou moins considérable d'intestin ou d'épiploon au travers de l'incision abdominale, si ces efforts surviennent avant l'établissement d'adhérences solides.

Je ne puis, du reste, ni admettre ni comprendre que le fait de l'exposition de l'intestin au dehors amène le moindre soulagement dans l'état des malades. Le procédé de Maydl me semble compliquer inutilement l'acte opératoire dans le but d'éviter la péritonite, que je n'ai observée à la suite d'aucune de mes opérations.

M. Trélat. Je répète que je ne trouve le procédé de Maydl acceptable que lorsqu'il est possible de différer l'ouverture de l'intestin.

M. Reclus. J'ai l'habitude de fixer la sonde qui supporte l'intestin avec du collodion iodoformé. L'issue de l'intestin au dehors est-elle possible dans ces circonstances? Je ne l'ai jamais observée pour ma part, et il n'est point venu à ma connaissance que d'autres en aient été témoins. Maydl l'a signalée à une époque où il soutenait l'intestin avec la gaze iodoformée et non avec une tige rigide.

J'enlève la sonde le huitième jour et je ne résèque point l'intestin, qui se réduit de lui-même.

M. Kirmisson. Je ne concède même pas au procédé en discussion le mérite de la rapidité dans l'exécution. J'ai terminé toutes mes opérations en douze à quinze minutes au plus.

M. Quénu. Chez une malade affectée de cancer de l'utérus, à laquelle je pratiquais un anus iliaque, je dus réséquer une volumineuse masse épiploïque refoulée contre la paroi abdominale, avant d'arriver sur le côlon iliaque.

M. Reclus. Je sais que chez un malade affecté d'ascite, auquel on pratiquait la colotomie iliaque, on ne put retrouver l'incision péritonéale après évacuation du liquide. On dut faire une seconde fois l'incision de la séreuse.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente une femme âgée de 46 ans, chez laquelle il a traité par le lavage antiseptique une grosse hydarthrose du genou gauche. Le résultat, qui persiste depuis un an, est parfait. La malade, qui était impotente depuis cinq ans, a pu reprendre ses occupations, marcher pendant plusieurs heures. La force des muscles de la cuisse est revenue complètement. On trouve seulement quelques grammes de liquide dans l'articulation du genou.

Cette hydarthrose était volumineuse, puisqu'on retira 500 grammes de liquide citrin.

Après cette évacuation de liquide, on injecta successivement cinq seringues remplies d'eau phéniquée au 1/20. Chaque seringue contenait 250 grammes de liquide. Au début le liquide sortait rempli de caillots blancs dus à la coagulation de l'albumine. La dernière seringue de liquide ne contenait plus de ces caillots blancs.

Après ce lavage antiseptique, on appliqua un bandage compressif sur toute la jambe; il fut maintenu pendant douze jours.

La malade commença à se lever le quinzième jour et à marcher.

Elle sortit de l'hospice de la Salpêtrière, guérie, le 10 février, moins d'un mois après l'opération, qui avait été pratiquée le 16 janvier 1889.

M. Terrillon rappelle qu'il a déjà présenté une malade semblable en 1887 (*Bull. et Mém. de la Soc. de ch.*, 1887, p. 519), devant la Société de chirurgie, et que, depuis cette époque, il a pratiqué au moins douze fois la même opération dans des cas plus ou moins anciens ou volumineux, et toujours avec un bénéfice considérable pour la fonction du membre inférieur.

Discussion.

M. Reinier. Il existe encore une notable quantité de liquide dans les genoux de cette malade, qui est seulement améliorée et non complètement guérie.

J'ai traité par le lavage de la synoviale, au moyen de l'eau phéniquée au vingtième, un homme qui se trouvait dans des conditions identiques à la malade de M. Terrillon. Il ne fut, comme elle, qu'amélioré, et dut subir ultérieurement l'arthrotomie.

M. Terrillon. Il persiste, il est vrai, une petite quantité de liquide, mais la fonction des articulations est parfaitement rétablie, et la malade, qui était depuis longtemps condamnée à l'immobilité, marche aujourd'hui sans fatigue.

Présentation de pièces.

M. Berger présente une pièce provenant d'un malade auquel il a comblé une fistule trachéale résultant d'une trachéotomie.

M. Quénu présente un lipome congénital de la grande lèvre chez une petite fille de 5 mois.

Voici une tumeur lipomateuse que j'ai enlevée il y a huit jours chez une petite fille âgée de 5 mois : cette tumeur occupait l'épaisseur de la grande lèvre, du côté droit ; les parents s'en sont aperçus quelques semaines après la naissance et m'ont présenté l'enfant il y a trois mois. A cette époque, la grosseur avait le volume d'un petit œuf de pigeon ; à son niveau, la peau présentait une petite tache érectile. Je conseillai la temporisation, à cause de l'âge de la petite malade. Mais, en l'espace de deux mois, le volume s'accrut avec une telle rapidité que je résolus d'opérer, après avoir pris l'avis de M. Terrier. L'opération a été faite sous le chloroforme et a duré douze minutes; la perte de sang a été minime, bien qu'il ait fallu lier un assez grand nombre de vaisseaux assez volumineux. Cette tumeur, que je présente, a le volume d'un gros poing et mesure environ 12 centimètres de longueur sur 5 ou 6 de largeur. Les suites de l'intervention ont été des plus simples. Je note en terminant le développement d'un lipome à côté d'un angiome ; je pense que c'est un document de plus à l'appui de ceux qui, comme Lannelongue, considèrent que l'angiome n'est pas sans influence sur le développement des lipomes, au moins chez les enfants.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 31.3.90. *Le Gérant :* G. MASSON.

Séance du 12 février 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Sarcome périostique de la tête de l'humérus. Amputation dans la contiguïté du tronc. Succès opératoire. Mort au bout de trois mois par généralisation,* par M. Eugène Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux (M. Berger, rapporteur);

3° *Compte rendu annuel des travaux de la Société médicale des hôpitaux*, M. Desnos;

4° MM. Horteloup et Routier s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

M. Sirus Pirondi, correspondant national, à propos des travaux de M. Lucas-Championnière sur le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures, fait remarquer, dans une lettre adressée à la Société, qu'il a eu 7 fois (de 1857 à 1868) occasion de traiter des *fractures non consolidées du fémur par la marche.* Il se défend, au reste, de faire aucune réclamation de priorité, mais désire simplement apporter des faits à l'appui de la pratique de M. Championnière.

Communication.

Traitement du pied-bot par la méthode de Phelps,

Par M. E. Kirmisson.

J'ai fait, l'année dernière, au Congrès français de chirurgie, une communication relative au traitement du pied-bot invétéré par la méthode de Phelps. N'ayant aucun fait nouveau à produire, j'avais résolu de ne pas prendre la parole dans la discussion actuelle, par respect pour nos collègues auxquels je ne voulais pas imposer l'ennui d'une redite. Mais l'opération de Phelps ayant été directement prise à parti par plusieurs orateurs, je me vois dans

la nécessité d'intervenir, de peur que mon silence ne soit interprété comme un désaveu de l'opération.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement du pied-bot oscillait entre les manœuvres de redressement aidées au besoin des appareils et de la ténotomie sous-cutanée d'une part, et les résections osseuses, d'autre part. Or, si, à un moment donné, la ténotomie sous-cutanée a marqué dans la chirurgie une ère de progrès, aujourd'hui, par un retour dont l'histoire des sciences médicales nous fournit plus d'un exemple, la section sous-cutanée des tendons a perdu, comme méthode générale, une grande partie de son importance. Nous ne craignons plus, en effet, de mettre le foyer de la section tendineuse en communication avec l'air extérieur, au moyen d'une incision cutanée, et si l'opération à ciel ouvert offre sur sa rivale de sérieux avantages, c'est à elle que nous devons donner la préférence. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle la section à ciel ouvert du tendon du sterno mastoïdien tend à se substituer à la ténotomie sous-cutanée du même muscle, et dans le courant de l'année dernière, je vous ai présenté un jeune garçon atteint de tort colis chez lequel la ténotomie à ciel ouvert m'a donné les meilleurs résultats. Dernièrement encore, notre distingué collègue, le Dr Lorenz, professeur agrégé à l'Université de Vienne, conseillait cette ténotomie à ciel ouvert pour aider au redressement dans le traitement des ankyloses fibreuses de la hanche. Ce sont les mêmes idées qui ont guidé M. Phelps quand il a proposé, au Congrès de Copenhague, en 1883, l'opération qui porte son nom. Persuadé comme lui que toutes les parties molles situées sur le bord interne du pied, peau et tissu cellulaire sous-cutané, aponévrose, tendons et ligaments, constituent dans certains cas autant d'obstacles au redressement, je résolus d'imiter la conduite du chirurgien américain. L'occasion m'en fut fournie l'année dernière pendant que j'avais l'honneur de remplacer à l'Hôtel-Dieu le professeur Richet. 7 fois j'ai pratiqué cette opération sur des malades, dont l'âge a varié de 3 à 6 ans. Chez tous, les suites opératoires ont été très bénignes, et le résultat définitif fort satisfaisant. Déjà, du reste, j'ai présenté au Congrès de chirurgie le moulage de tous les pieds opérés, et les malades eux-mêmes, de sorte que bon nombre de nos collègues, parmi lesquels je citerai MM. Monod, Gross (de Nancy), Poncet (de Lyon), etc. ont pu se rendre compte de la valeur des résultats.

L'un de nos malades, âgé de 4 ans et opéré sur les deux pieds, n'avait été, avant cette opération, l'objet d'aucune intervention chirurgicale. Un second malade, âgé de 4 ans également, avait subi la ténotomie du tendon d'Achille, à l'âge de six mois; depuis lors, il avait été constamment traité d'une façon méthodique par

les appareils, et cela sans résultat. Enfin, nos deux derniers malades, âgés de 3 et de 6 ans, sont encore plus intéressants, en ce que tous les deux avaient subi antérieurement l'ablation de l'astragale qui n'avait donné qu'un résultat fort incomplet. Chez tous mes malades, il s'agissait de pieds-bots varus équin avec enroulement considérable du bord interne du pied. Chez tous, la guérison a été obtenue, c'est-à-dire que la forme du pied a été rétablie d'une façon très voisine de l'état normal, et que la fonction a été entièrement recouvrée, l'enfant marchant sur la face plantaire du pied. Ces résultats me paraissent des plus encourageants. Du reste, ce n'est pas seulement en Amérique, mais aussi en Allemagne, et dans les pays du Nord de l'Europe que l'opération de Phelps a trouvé des partisans. Volkmann, notamment, s'y était rallié, ainsi que nous l'apprend un mémoire de son assistant Büngner, publié dans le *Centralblatt für chirurgie de* 1889 [1]. Depuis 1884, cette opération a été faite 21 fois à la clinique de Halle, sur des malades de 4 mois à 15 ans. Il ne s'est jamais produit la plus petite complication opératoire, et le résultat définitif a toujours été excellent. Je citerai encore le professeur Tilanus (d'Amsterdam) qui d'après la thèse de son élève, Noyon [2], a fait 20 fois cette opération sur des sujets de 16 mois à 12 ans.

En un mot, je pense que la section des parties molles sur le bord interne du pied par le procédé de Phelps constitue un progrès véritable dans la thérapeutique du pied-bot. Elle me semble destinée à prendre une place importante entre le redressement manuel et instrumental aidé au besoin de la ténotomie souscutanée, d'une part, et les résections osseuses d'autre part. Ces dernières doivent être réservées pour le pied-bot invétéré que l'on traite dans le cours de l'adolescence et de la seconde enfance, mais chez les très jeunes enfants, jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans par exemple, la section des parties molles me semble devoir mériter la préférence. Elle réussit par le procédé de Phelps à rendre au pied la forme et son fonctionnement normal.

Communication.

Côlotomie inguinale,

Par M. Verneuil.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de démontrer la supériorité de la méthode de Littre sur celle de Callisen ; la cause est définitive-

[1] Büngner, *Centralb. für Chir.*, 1889, n° 24.

[2] P. Noyon, *Dissert. inaugurale.* Amsterdam, 1889.

ment jugée et à l'avenir la côlotomie lombaire ne sera plus pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles que je n'ai, pour ma part, rencontrées qu'une fois encore.

En revanche, la côlotomie iliaque comprenant aujourd'hui, sans compter ceux qu'on employait encore il y a quelque cinquante ans, les procédés modernes dignes d'être pris en considération, et d'ailleurs tous pratiqués déjà un certain nombre de fois, il y a lieu de faire un choix entre eux et de chercher à établir leur valeur respective.

Je tente ce parallèle parce que je m'y crois autorisé par mes travaux antérieurs sur cette belle opération toute française et dont il est bien naturel que l'étude soit poursuivie et complétée dans notre pays.

Naturellement je ne décrirai point minutieusement ces procédés que vous connaissez aussi bien que moi, et je me contenterai d'en rappeler les points caractéristiques, et comme tous les temps initiaux, c'est-à-dire l'ouverture de la cavité abdominale et la recherche de l'S iliaque sont les mêmes, j'établirai uniquement les différences d'après les temps ultérieurs : traction au dehors, fixation et ouverture de l'intestin.

Premier procédé, le plus ancien des procédés modernes. — Le gros intestin étant reconnu au fond de la plaie, est attiré doucement jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la face profonde de la paroi abdominale antérieure et avec les lèvres de la plaie pariétale. Alors, sans l'extraire du ventre, on lo fixe par un nombre suffisant de points de suture disposés exactement comme dans l'entérotomie de Nélaton père, et enfin on l'ouvre entre les deux rangs de suture. Tout cela est fait en une seule séance et sans désemparer.

Le résultat est aisé à prévoir, et je l'ai constaté dans mes premières côlotomies. L'opération est facile, bénigne et fait rapidement cesser les accidents de rétention ; mais ces bons effets ne se maintiennent pas. L'intestin étant resté tangent à la paroi abdominale, l'anus nouveau ne présente pas d'éperon capable d'arrêter et de diriger le cours des matières fécales. Celles-ci s'engagent volontiers en proportion considérable par l'anus anormal tant qu'il est largement ouvert; mais lorsqu'il vient à se rétrécir — ce qui ne manque jamais d'arriver et même assez vite — il ne livre plus passage qu'à une quantité toujours plus faible des produits stercoraux solides, dont la majeure partie continue sa descente jusqu'à l'anus naturel, à moins qu'elle ne soit arrêtée par le néoplasme ou le rétrécissement, d'où le renouvellement plus ou moins prochain et plus ou moins complet des phénomènes de rétention.

D'où je conclus que ce procédé, excellent dans les cas où l'obs-

tacle, étant passager, l'établissement d'une ouverture temporaire est suffisant, ne convient plus lorsque la lésion est destinée à persister, comme c'est le cas surtout dans le cancer inopérable du rectum.

Dans tous les autres procédés, l'idée en quelque sorte dominante est d'assurer l'isolement complet du bout rectal et du bout stomacal de l'anus artificiel, dans le double but de faire passer par ce dernier la totalité des matières fécales et de soustraire à leur contact, réputé nuisible, le néoplasme ou le rétrécissement ano-rectal.

Pour atteindre ce but, il suffit d'établir, au niveau même de l'anus contre nature et entre les deux bouts susdits, une barrière infranchissable. On y parvient de deux manières :

Deuxième procédé. — 1° L'intestin, attiré au dehors, est complètement sectionné en travers. Le bout stomacal, destiné à donner issue à la totalité des fèces, est cousu au pourtour de l'ouverture ventrale. Quant au bout rectal, il est hermétiquement clos par des points de suture et réduit dans l'abdomen avec ce qu'il contient de matières stercorales : c'est le procédé de M. Madelung. Vous me permettrez de ne pas discuter sérieusement une opération qui atteste plutôt l'ingéniosité que le sens pratique de son auteur. En effet, et comme il était facile de le prévoir, des accidents mortels ont déjà montré ce que vaut cette fantaisiste conception.

2° La seconde façon de séparer les deux bouts est infiniment plus simple : elle consiste tout uniment à munir l'anus contre nature d'un éperon assez saillant pour que les matières venues du bout stomacal ne puissent passer au-dessus pour s'engager dans le bout rectal, ou, en d'autres termes, de juxtaposer ces deux bouts comme les canons d'un fusil double.

Cette disposition s'observe si souvent dans les anus contre nature consécutifs à l'étranglement herniaire, et ses effets sont si bien connus qu'il ne fallait pas un grand effort d'imagination pour l'utiliser dans l'anus iliaque qu'on voulait rendre permanent. Toutefois, je ne saurais dire maintenant à qui revient le petit mérite de cette application. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'en avril 1885, lorsque je décrivis dans la *Semaine médicale* (p. 99) ma manière de faire, j'en étais à ma troisième opération, et que l'une d'elles remontait à plus d'une année. A quoi je me fais un devoir d'ajouter qu'à cette époque, j'avais connaissance du procédé d'un chirurgien viennois fort distingué, M. Maydl, qui, lui aussi, réalisait peut-être plus sûrement encore la formation de l'éperon susdit.

Quoi qu'il en soit, et les deux premiers procédés devant être mis de côté pour les raisons que j'ai données, le choix reste à faire entre les quatre suivants que j'appellerai, d'après les noms de ceux qui les ont imaginés ou perfectionnés, procédés de Verneuil, Maydl et Reclus.

Troisième procédé. — C'est celui qui fut décrit dans la *Semaine médicale* du 1er avril 1885. Trois fois déjà à cette époque, comme je l'ai dit, je l'avais mis en usage. Depuis, je l'ai répété au moins vingt fois, et je sais que mes élèves et amis Reclus, Terrillon, Kirmisson, Jalaguier et d'autres encore l'ont souvent employé. J'en résumerai brièvement la technique. Ouverture de l'abdomen parallèle à l'arcade crurale[1] ; ouverture du péritoine, dont les lèvres, pour être facilement retrouvées, sont saisies et fixées par une couronne de pinces hémostatiques ; traction au dehors des deux tiers de la circonférence du côlon ; fixation temporaire de cette anse avec deux aiguilles à acupuncture, et, aussitôt après, fixation définitive à l'aide de dix à douze points de suture comprenant la peau, le péritoine et l'intestin, et disposées de façon à figurer un ovoïde renfermant au moins la moitié de la circonférence de l'anse herniée. Dès que les fils d'argent ou les crins de Florence sont serrés, large incision au thermocautère de la portion d'intestin circonscrite par les sutures. Pansement très simple avec une éponge humide imbibée d'eau phéniquée.

Malgré la multiplicité de ses temps, l'opération est rapidement exécutée ; quinze à vingt minutes suffisent amplement ; la dernière côlotomie que j'ai faite avec M. Reclus a duré neuf minutes, circonstance à laquelle je n'attache d'importance que parce qu'elle prouve la facilité d'exécution.

Quatrième et cinquième procédés. — Tous deux appartiennent à M. Maydl, qui les a décrits en 1888[2], bien qu'il les ait imaginés et pratiqués depuis plusieurs années déjà, car sa première opération date du 4 février 1884. Ces deux procédés commencent de la même manière. L'ouverture de l'abdomen étant faite, on attire au dehors l'S iliaque jusqu'à ce qu'on aperçoive son mésocôlon, dans lequel on fait une perforation au ras de son insertion à l'intestin, pour y passer une tige rigide enveloppée de gaze iodoformée qui repose sur la paroi abdominale et empêche le côlon de rentrer dans le ventre. Puis on suture les deux bouts de l'anse

[1] J'avais songé un instant à inciser la paroi ventrale perpendiculairement à l'arcade crurale ; j'ai tout à fait renoncé à cette modification.

[2] *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 24, p. 433. — Ces procédés sont déjà mentionnés dans l'ouvrage d'Albert, *Lehrbuch der Chirurgie*, 3e édit., vol. III, p. 415 ; 1885.

intestinale l'un à l'autre au-dessous de la tige rigide par deux séries de points, l'une antérieure, l'autre postérieure.

A partir de là, la manœuvre diffère suivant qu'on veut ouvrir l'intestin séance tenante, ou qu'on ajourne cette ouverture à quelques jours plus tard. Si l'on se décide à terminer en un seul temps, on ourle les deux bouts intestinaux avec le péritoine pariétal de la plaie du ventre, on ouvre transversalement l'intestin dans le tiers de sa circonférence. C'est le quatrième procédé.

Si on préfère l'opération en deux temps, on abandonne les bouts de l'anse dans la plaie sans les suturer à ses bords, et l'on fait l'incision intestinale de quatre à six jours plus tard. C'est le cinquième procédé.

Dans tous les cas, on se contente d'abord de pratiquer dans l'intestin une ouverture suffisante pour donner issue au gaz ; puis, vers le quatorzième jour, si tout s'est bien passé, on excise une bonne partie de l'anse intestinale herniée, au-dessus de la tige traversant le mésentère. Après quoi, par surcroît de précaution, on suture encore à la peau les bords de la cupule formée par la résection de l'intestin.

Sixième procédé. — Recommandé et adopté par M. Reclus ; c'est une simplification très heureuse du second procédé du chirurgien viennois. Le ventre ouvert, l'S iliaque reconnue et attirée jusqu'à ce qu'on aperçoive le mésocôlon, on fait à celui-ci une perforation à travers de laquelle est passé un bout de sonde entouré de gaze iodoformée qu'on fixe à la paroi abdominale avec le collodion, et tout est fini pour le moment. Deux, trois, quatre jours après, on ouvre l'intestin. La tige rigide mésentérique reste encore quelque temps en place.

Tels sont les six procédés de côlotomie iliaque.

Pour résoudre la question de choix, j'éliminerai d'abord, comme je l'ai déjà dit, le premier, qui ne convient pas aux cas où l'obstacle est permanent, et le second, qui est difficile à exécuter et surtout dangereux.

Je garderai volontiers des procédés de M. Maydl la manière d'attirer et de fixer l'intestin par la perforation du mésentère ; mais je rejetterai le quatrième procédé en raison de la multiplicité des sutures et du retard apporté à l'ouverture de l'intestin, ce qui fait que l'ensemble de l'opération demande quatorze jours, alors qu'il suffit au troisième procédé de quatorze minutes en moyenne.

J'en dirai autant du cinquième, moins compliqué sans doute, mais qui, sous ce rapport, est encore inférieur au sixième, c'est-à-dire au procédé de M. Reclus.

D'où résulte, en somme, que toutes ces éliminations faites, il ne

reste à comparer que ce sixième procédé de mon cher disciple et ami, et le troisième, auquel, jusqu'à nouvel ordre, je me permets d'attacher mon nom, procédés qui d'ailleurs constituent les deux types les plus nets et les plus simples de la côlotomie en deux temps et de la côlotomie extemporanée.

Or, malgré tout l'intérêt que je pourrais porter à une opération que j'ai beaucoup pratiquée, à laquelle je dois de nombreux succès, et qui réalise à un haut degré les trois conditions exigibles de toute opération palliative, facilité, bénignité, efficacité, je déclare hautement que le sixième procédé est aussi bénin, aussi efficace que le troisième, et qu'il est incontestablement plus simple.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille abandonner absolument mon procédé? Je le pense d'autant moins que j'ai rencontré l'an dernier un cas où l'opération de Reclus était impraticable, et où il m'a bien fallu opérer suivant ma vieille habitude. C'était un jour où deux malades atteints de cancer du rectum étant entrés dans mes salles, je résolus de les opérer dans la même séance. Ils paraissaient tout à fait semblables comme siège et étendue, de sorte que je me disposais à les opérer de même. Je n'avais pas encore pratiqué le procédé de Maydl ; en conséquence, j'avais prié M. Reclus, qui le connaissait bien, de m'assister. Les choses allèrent à souhait chez le premier malade, de sorte que, pour la seconde, je rendis la liberté à mon professeur temporaire. Or, voici ce qu'il advint.

Le ventre ouvert et l'S iliaque aperçue, je me mis en devoir de l'attirer au dehors, mais la chose ne fut pas possible. Le cancer remontant très haut dans le rectum, le mésocôlon était induré, rétracté et épaissi de façon à empêcher l'issue de l'intestin. Aussi force me fut de me rabattre sur mon procédé, imparfaitement exécuté d'ailleurs, car je ne pus établir un éperon assez proéminent.

Je crois qu'il faudrait également conserver ce même procédé toutes les fois que le ballonnement du ventre ou des efforts de vomissement rendraient incertaine la fixation de l'intestin avec la seule tige traversant le mésentère, et que les accidents de rétention paraîtraient assez pressants pour nécessiter aussi promptement que possible l'ouverture de l'intestin et l'évacuation de son contenu.

En regard de ces cas vraisemblablement rares, j'en puis mettre un autre également exceptionnel, mais dans lequel l'exécution de mon procédé étant très difficile, on serait bien heureux de recourir à celui de Reclus. C'est ce que j'aurais dû certainement faire chez une malade de province que j'opérai l'an dernier et qui, n'ayant pas encore longtemps souffert de son cancer rectal, avait conservé un très notable embonpoint. La paroi abdominale avait encore une

grande épaisseur, surtout au niveau du pannicule graisseux sous-cutané, de sorte que le péritoine était au moins à 4 bons centimètres de la peau. On comprend alors quelles difficultés j'eus à passer mes points de suture à travers la peau, le péritoine et l'intestin, comme j'ai l'habitude de le faire. Je n'avais pas de chasse-fil; mes aiguilles courbes étaient ou assez longues, mais alors trop grosses, ou assez fines, mais alors trop courtes ou trop friables; mon aiguille de Reverdin était trop droite. Bref, j'eus la plus grande peine à fixer l'intestin à la plaie ventrale; j'y mis près d'une demi-heure. Avec le sixième procédé, tout eût été terminé en quelques minutes.

Si je reviens encore sur la rapidité de l'opération, c'est qu'elle pourrait être utilisée, ce me semble, dans la circonstance toute particulière où il y aurait contre-indication à administrer le chloroforme. Avec quelques injections de cocaïne, on pourrait certainement traverser la paroi abdominale et extraire le côlon sans que le patient éprouvât grande douleur.

Bien que j'aie voulu traiter exclusivement ici la question de médecine opératoire, je profiterai cependant de ce débat sur sa colotomie iliaque pour vous indiquer l'application que j'en ai faite dans quatre cas d'obstruction du rectum par les néoplasmes utérins[1].

Déjà dans la séance du 27 avril 1887 (*Bull.*, p. 296), je vous rapportais sommairement l'observation d'une femme chez laquelle un gros fibrome utérin enclavé dans le petit bassin et adhérant à ses parois comprime le rectum de façon à empêcher la défécation, je fis la colotomie avec l'aide de M. Jalaguier, le soulagement fut immédiat, et le malade vécut encore près de dix-huit mois pendant lesquels l'anus artificiel fonctionna à merveille. La mort survint à la suite d'une phlegmatia alba dolens et d'un œdème qui envahit tout le corps.

L'année suivante, le 17 octobre 1888 (*Bull.*, p. 731), au cours de la discussion sur l'hystérectomie en cas de cancer utérin, je vous fis connaître un second cas, où l'établissement de l'anus iliaque amena encore une grande amélioration dans l'état d'une pauvre femme dont le bassin était rempli de cancer peu de temps après une ablation totale de la matrice.

Dans ces derniers temps, j'ai répété deux fois la même opération et avec les mêmes bénéfices. L'une des opérées vous est connue, par son observation qu'on lit dans vos *Bulletins* de 1888, 17 octobre, p. 741.

Je lui ai amputé le col, le 21 juin 1885; la récidive survint dans les derniers mois de 1887, et en mars 1888 je constatai l'existence

[1] Le mémoire de M. Jeannel en contient également un exemple.

d'une obstruction du rectum rendant la défécation difficile. Cette complication augmentant et amenant des douleurs insupportables, je proposai au printemps de 1889, l'établissement d'un anus contre nature qui fut refusé. On pratiqua à la place l'extirpation incomplète de la masse épithéliale récidivée, le résultat ne fut pas bon et la rétention stercorale persista avec toutes ses tortures, à ce point que la malade vaincue par la douleur, nous fit rappeler et réclama comme un bienfait l'ouverture de l'intestin que je fis le mois dernier, 1er janvier 1890, et qui amena le soulagement accoutumé.

J'ai actuellement dans ma salle un quatrième fait du même genre.

Une femme de 48 ans qui souffrait depuis le mois de juin 1889 de douleur vive dans la hanche et le rein du côté droit, consulta en août un médecin qui reconnut une affection utérine et pratiqua plusieurs cautérisations du col au fer rouge, en octobre et novembre. La miction devint difficile, plus encore la défécation; en décembre les selles étaient presque supprimées et les souffrances dues à la rétention stercorale devenues si grandes que l'intelligence en parut dérangée. C'est dans ces conditions que la malade entra dans mon service, le 25 décembre dernier.

L'examen me fit constater un très volumineux cancer du col, largement ulcéré, adhérent aux parois du petit bassin, qu'il remplissait presque en entier et comprimait le rectum à ce point que je ne pus qu'à grand peine introduire et pousser dans l'intestin une sonde d'un centimètre de diamètre.

En conséquence, le 3 janvier, je pratiquai la côlotomie iliaque qui ne fut suivie d'aucun accident local et amena une amélioration telle que les troubles cérébraux disparurent en moins de quatre jours et que les grandes fonctions se rétablirent également. Aujourd'hui, les douleurs sont nulles et l'anus iliaque fonctionne bien, à la condition toutefois qu'on donne de temps en temps un léger laxatif.

C'est dans ce dernier cas que j'ai rencontré pour la première fois quelque difficulté à découvrir l'S iliaque. Jusqu'alors j'avais été gêné un jour par l'épiploon, un autre jour par l'intestin grêle; mais au bout de deux ou trois minutes de recherche, le gros intestin était retrouvé sain et amené au dehors. Cette fois, je fus dérouté par un incident que je n'avais pas encore observé. A peine avais-je incisé le péritoine dans l'étendue de deux centimètres à peine, qu'un flot de liquide ascitique sortit par la plaie, avant que j'aie pu, suivant mon habitude, saisir avec des pinces hémostatiques les lèvres de la séreuse ouverte.

Aussi, lorsque l'écoulement eut cessé, je ne pus retrouver ces lèvres, ni par conséquent procéder à la découverte de l'intestin. Après quelques minutes de recherches vaines, je me décidai de nouveau à inciser le péritoine. Quelques instants après, le colon

était attiré et son mésentère transpercé; car c'est le second cas où j'ai exécuté le procédé de Reclus. Je terminerai par quelques mots de réponse à M. Trélat qui reproche à la suture telle que je l'ai pratiquée dans mon procédé d'exposer au phlegmon de la paroi ventrale développé autour de l'anus artificiel, et cela parce qu'en suturant le péritoine je laisse entre ces deux membranes une sorte de sinus dans lequel la moindre infiltration gazeuse venue de l'intestin amène facilement une inflammation de mauvaise nature. C'est pourquoi M. Trélat se contente de coudre directement l'intestin à la peau.

Or, je ferai remarquer à mon éminent collègue que dans son procédé le sinus circulaire existe également entre l'intestin et les bords de la plaie abdominale, et que, de plus, il communique dans sa profondeur avec la cavité péritonéale, condition plus grave, puisqu'elle augmente les chances de péritonite par propagation.

J'accorde que des phlegmons peuvent se développer autour de mes points de suture, puisque j'ai moi-même signalé cette complication, mais j'ajoute que je ne l'observe plus guère aujourd'hui depuis que je fais mes sutures avec un instrument très fin — tel que le petit chasse-fil courbe que je montre ici — et que je surveille les points de suture pour enlever ceux qui provoquent de l'inflammation, ou pour arrêter de suite cette dernière à l'aide de quelques séances de pulvérisation phéniquée.

Discussion.

M. Sée. J'ai été amené, un assez grand nombre de fois, à établir un anus artificiel, et c'est toujours à l'anus iliaque, fait en un seul temps, que j'ai donné la préférence. Les résultats de cette opération ont toujours été des plus satisfaisants; jamais, en particulier, je n'ai vu se développer autour de la plaie un de ces phlegmons diffus dont nous a parlé notre habile collègue, le professeur Trélat. Ce fait tient, bien certainement, à la manière dont je fixe l'intestin aux bords de l'ouverture faite à la paroi abdominale et aussi au mode de pansement que j'applique. Comme ma pratique à cet égard diffère quelque peu de celle que vous a recommandée M. Trélat, je demande la permission de vous la faire connaître succinctement.

Laissant de côté, bien entendu, les indications de l'anus artificiel, je dirai que le chirurgien doit poursuivre un double but : 1° refermer hermétiquement la cavité abdominale, après l'avoir ouverte, afin d'empêcher que les matières intestinales, traversant l'anus anormal ne puissent infecter le péritoine ; 2° prévenir tout contact de ces matières avec la surface de section de la paroi

abdominale, pour éviter qu'elles ne s'infiltrent dans le tissu cellulaire intermédiaire entre les divers plans dont elle est formée et ne donnent lieu à un phlegmon diffus.

Pour obtenir sûrement ce double résultat, voici comment je procède : la paroi du ventre incisée et le péritoine ouvert, je suture très exactement la séreuse pariétale avec la peau, en multipliant suffisamment les points de suture pour que les bords des deux membranes soient affrontés aussi parfaitement que possible et ne laissent passer entre eux aucune particule solide. Pour éviter l'infiltration des liquides, j'étends sur la ligne de suture une couche de poudre de sous-nitrate de bismuth, qui remplit tous les interstices et qui, ne s'imbibant que très difficilement, isole très bien les parties qu'elle recouvre et les maintient aseptiques.

Ayant ainsi protégé les lèvres de la plaie de l'abdomen, j'y fixe l'intestin de la manière suivante : perpendiculairement à l'axe du canal et sur toute sa périphérie, je place une série transversale d'anses de catgut qui, autant que possible, ne traversent que les tuniques séreuse et musculeuse; ces anses embrassent un demi-centimètre environ de la périphérie de l'intestin, et sont assez rapprochées les unes des autres. Leurs chefs, qui pendent librement au dehors, sont ensuite conduits, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, à travers toute l'épaisseur des lèvres de la plaie abdominale et noués ensemble sur la peau, recouverte préalablement d'un petit coussinet de gaze iodoformée. Il résulte de ce mode de suture que l'intestin se trouve fixé solidement au péritoine pariétal dans toute sa circonférence, et que les deux séreuses adossées forment entre elles, en dehors des points de contact, une rigole ou sinus circulaire, sans communication avec la cavité péritonéale. Pour plus de sécurité, je remplis ce sinus de poudre de bismuth, et je constitue ainsi une barrière absolument infranchissable aux substances septiques du dehors, barrière qu'on n'est obligé de renouveler, dans ses parties superficielles, qu'au bout d'un certain temps, après que les matières intestinales auront coulé sur elles.

Il ne reste plus alors qu'à ouvrir l'intestin plus ou moins largement, suivant les indications. Il me paraît inutile de suturer la muqueuse intestinale avec la peau; cette suture, du reste, ne tient jamais.

Je ferai remarquer en terminant, que je ne me sers, pour toutes ces sutures, que de catgut assez fin, qui se détruit ou est absorbé au bout de trois ou quatre jours. Je puis ainsi me dispenser d'enlever les fils, qui tombent d'eux-mêmes, à une époque où la réunion étant faite, les accidents ne sont plus à craindre.

M. Le Dentu. Je préfère d'une façon générale les procédés à éperon, si ce n'est pour les cas où l'anus artificiel ne doit servir qu'un certain temps à la dérivation du cours des matières.

J'ai dû faire, il y a quelques années, un anus iliaque chez une malade qui présentait de graves lésions ulcéreuses, de nature syphilitique, de l'extrémité inférieure de l'intestin. Après guérison de ces dernières, j'ai oblitéré l'anus artificiel; la présence d'un éperon eût rendu très difficile, sinon impossible, cette dernière opération.

J'ai pu constater, du reste, que les anus pratiqués suivant les anciennes méthodes ne laissent passer dans le bout inférieur qu'une quantité très peu considérable de matières. Le prolapsus du bout supérieur favorise singulièrement l'obtention de ce résultat.

Le procédé de M. Verneuil reste donc le procédé de choix pour remédier à des accidents urgents, ou si l'ouverture anormale doit être oblitérée plus tard.

Lorsqu'il est possible d'attendre, le procédé en deux temps de Maydl, modifié par Reclus, m'a semblé excellent et m'a donné récemment chez un homme un bon résultat. Le reproche que quelques-uns lui font de nécessiter une double opération est peu fondé, car l'ouverture de l'intestin et l'ablation de la tige rigide ne peuvent vraiment être considérées comme une véritable opération, tant elles s'effectuent avec facilité et à l'occasion d'un simple pansement.

On a bien fait de réduire autant que possible le volume des instruments qui servent au passage des fils, et l'un des mérites de l'opération de Maydl est de supprimer ce temps.

Lorsque je dois faire la suture, je me sers d'aiguilles fines, à chas assez large pour permettre l'introduction d'un crin de Florence, montées sur un manche métallique. Je transperce en même temps que les tuniques externes de l'intestin toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à moins de volume excessif de cette dernière. J'évite ainsi le phlegmon circulaire indiqué par M. Verneuil.

Dans les cas où j'ai employé le procédé de Reclus, je retirai la tige rigide le quatorzième jour.

Chez un dernier malade, il survint le troisième jour un état assez grave, et je crus devoir ouvrir l'intestin dès ce moment. Les accidents cessèrent aussitôt ce temps accompli; aussi ai-je attribué cette complication à une septicémie intestinale déterminée par la stagnation des matières retenues dans le bout supérieur de l'intestin par l'inflexion que maintient la baguette mésentérique. Les adhérences se font rapidement; je suis d'avis

que l'incision est sans aucun danger dès le troisième jour et que la tige rigide mésentérique peut être retirée le sixième jour.

Je pense qu'il faut tenir compte tout à la fois de l'étendue de l'incision de la paroi abdominale et du volume de l'anse herniée.

M. TRÉLAT. J'ai déclaré dans la dernière séance que je m'étais rallié à l'anus inguinal sitôt que, grâce au progrès de la méthode antiseptique, j'avais acquis la conviction que les recherches, les manœuvres intra-péritonéales avaient perdu leurs anciens dangers.

La bénignité de l'anus inguinal n'est point l'argument qui m'a le plus frappé, car je n'ai perdu aucun des 14 malades auxquels j'ai pratiqué la côlotomie lombaire. Je n'ai qu'à déplorer un seul insuccès opératoire sur mes 16 côlotomies inguinales. J'ai été frappé, comme M. Le Dentu, de l'innocuité du procédé de Maydl.

Cette innocuité confirme l'opinion que j'ai défendue au sujet de la suture de l'intestin.

Ne sont-ce pas en effet les mêmes parties qui sont en contact dans les deux cas? c'est-à-dire la surface externe de l'intestin et la tranche de la paroi abdominale, du péritoine pariétal à la peau. M. Le Dentu a eu raison d'insister sur la rapidité avec laquelle s'établissent les adhérences.

C'est dans l'espace de quelques heures qu'elles deviennent suffisantes, et que les malades sont ainsi soustraits aux dangers du phlegmon et de l'infection.

On s'est demandé pourquoi les malades avaient été soulagés par le fait de l'exposition de l'intestin dans le procédé de Maydl?

Il faut avant tout se rappeler que nous sommes appelés à pratiquer l'anus artificiel dans deux conditions fort différentes. Il s'agit parfois de malades présentant de véritables phénomènes d'obstruction intestinale : les selles sont suspendues depuis huit, dix, quinze jours; le ventre est ballonné, etc. Il faut aller vite et inciser d'emblée l'intestin; tout le monde est à peu près d'accord sur ce point. Dans d'autres circonstances, l'intervention n'a d'autre but que de soulager les malades des douleurs abdominales, du ténesme déterminé par l'irritation exercée sur un néoplasme ulcéré, par les matières stercorales, seules ou mélangées aux produits de sécrétion de l'ulcération elle-même.

Or, le premier temps de l'opération de Maydl en supprimant l'accès des matières sur le foyer pathologique, doit naturellement déterminer un soulagement immédiat, mais qui ne devient durable que par l'ouverture de l'intestin et la dérivation des fèces qui en est la conséquence.

Il est difficile, dans quelques circonstances, d'amener l'S iliaque au dehors.

Dans mon avant-dernière opération, l'intestin était immobilisé par le voisinage du néoplasme. Il me fut impossible de l'attirer au dehors ; je dus, avec difficulté, faire une suture imparfaite. L'évacuation des matières amena, il est vrai, un soulagement immédiat ; mais le malade succomba neuf jours après à des accidents septicémiques consécutifs au phlegmon qui s'était développé autour des sutures. L'anus lombaire eût été bien mieux indiqué, si l'on avait pu prévoir les difficultés que j'ai rencontrées. Lorsque je me sers du procédé de Maydl, je retire la broche et incise l'intestin le quatrième jour. J'ai opéré de cette façon, il y a aujourd'hui vingt jours, un malade dont l'anus est parfaitement constitué et fonctionne très bien.

Communication.

Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon,

Par le Dr Just Championnière.

Depuis ma communication sur l'emploi de l'électricité dans le traitement des tumeurs fibreuses, j'en ai fait de très nombreuses applications, et je viens, comme je me l'étais promis, vous donner la suite de nos premières recherches.

Nous nous étions donné d'abord comme objectif de déterminer les cas favorables à cette méthode thérapeutique. Prétendre, comme l'ont fait certains auteurs, que la méthode est toujours bonne et toujours heureuse, c'est en détourner tous ceux qui connaissent quelque peu la thérapeutique des fibromes et leurs propriétés physiologiques.

En second lieu, nous voulions que la méthode employée ne fût pas dangereuse comme celles le plus généralement employées et même ne fût pas douloureuse. Il n'y a pas lieu d'exagérer ce danger. Mais il est réel, incontestable. Quant à la douleur, on la rencontre dans presque toutes les observations de haute intensité.

Nos premières expériences faites avec le Dr Danion, nous ont montré que la méthode qui consiste à employer de hautes intensités quelquefois dangereuses et toujours douloureuses, ne donne rien de plus que la méthode qui n'utilise que des intensités moyennes ou faibles.

Elles nous ont montré qu'en se contentant de placer un excitateur dans le col, on obtient absolument les mêmes résultats

qu'en introduisant dans la cavité de l'utérus ou en traversant le tissu utérin par des ponctions.

Nos dernières expériences nous ont montré des faits bien plus intéressants encore. M. Danion a reconnu que pour obtenir les effets de l'électricité, il n'est même pas besoin de pénétrer le col de l'utérus. Dans vingt observations, le traitement a été fait seulement en plaçant dans le vagin un électrode de platine enveloppé d'amadou trempé dans l'eau salée et entouré d'une feuille de caoutchouc pour l'isoler de la paroi vaginale. La partie libre du tampon est en contact avec le col de l'utérus ou avec la partie du fibrome qui fait saillie dans le vagin. Dans certaines conditions, on obtient absolument les mêmes résultats qu'avec les hautes intensités, à la condition, toutefois, d'employer des intensités un peu plus élevées qu'avec l'électrode intra-cervical, mais surtout, il faut adopter des renversements de courant. M. Danion désigne cette méthode sous le nom de méthode du tampon électrique et des renversements.

Cette méthode est beaucoup plus facile que l'autre, et tout aussi efficace. Elle s'applique à tous les cas où la pénétration du col était impossible. Il ne reste plus qu'une manœuvre un peu délicate, celle des renversements du courant. C'est là affaire d'expérience. Toutefois, il y a lieu de se souvenir qu'ils doivent être d'autant moins nombreux et d'intensité d'autant moins élevée que les symptômes d'excitation sont plus marqués.

Dans les 20 cas qui comprennent environ 350 applications de cette méthode, les intensités employées ont été de 80 à 120 milliampères. On a pu monter sans inconvénient à 140 et 150 milli-ampères, mais cela est généralement inutile. Ces applications extra-cervicales sont encore bien moins douloureuses que les applications intra-cervicales avec hautes intensités, car telle femme qui supportait difficilement une faible intensité intra-cervicale, supporte aisément 80 à 90 milliampères avec le tampon.

C'est du reste une circonstance heureuse, car dans l'application vaginale, il y a quelque perte électrique et partant nécessité d'élever les intensités un peu plus que dans la méthode intra-cer vicale

Cette nouvelle méthode mérite toute attention, car elle constitue un progrès considérable dans la technique du traitement des fibromes par l'électricité. L'application de celle-ci étant beaucoup plus faible et tout à fait indolore, on n'hésitera pas à l'essayer même dans des cas douteux dont on tend à se détourner.

Cette nouvelle série de vingt observations nous a amené par des moyens plus simples à des résultats qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous avions obtenus de prime abord.

Dans les cas favorables, on obtient rapidement une atténuation de tous les symptômes pénibles. On voit disparaître les phénomènes hémorrhagiques, et cela aussi bien avec le tampon qu'avec la méthode intra-utérine. La congestion habituelle disparaît avec le sentiment de pesanteur qui l'accompagne. Les douleurs s'atténuent, puis s'effacent.

La diminution définitive du volume de la tumeur s'observe tout aussi bien qu'avec tout autre procédé. Cette diminution définitive du volume de la tumeur est régulièrement observée. Elle est très loin d'être la même dans tous les cas. Mais il en est où elle est tout à fait incontestable.

Or, non seulement on l'observe très bien avec la méthode du tampon vaginal, mais elle paraît en rapport plutôt avec les renversements de courant qu'avec les hautes intensités. Quelques-unes de nos dernières observations ont été remarquablement satisfaisantes.

Nous avons noté des résultats analogues à ceux notés dès nos premières expériences relativement à l'âge des sujets. La jeunesse du sujet n'est pas favorable à l'obtention de résultats définitifs. Dans ces cas, on arrive à soulager les malades, à réduire temporairement le volume des tumeurs, mais le retour à la situation première est beaucoup plus commun que pour les femmes d'un âge plus avancé.

En effet, les cas où la méthode donne les résultats les plus remarquables, sont ceux des femmes qui ont dépassé trente-cinq à quarante ans. Celles surtout qui ont des accidents graves après quarante ans, sont presque assurées de trouver le remède le plus complet à leurs maux.

Or, c'est là un fait très heureux, car chez les jeunes femmes on n'hésite pas autant à faire subir une opération qui donne réellement une cure définitive, tandis que chez les femmes plus âgées, on a toujours une tendance à attendre les résultats problématiques d'une ménopause toujours lente à venir.

Le fait sur lequel il y a lieu d'insister, c'est l'innocuité absolue de la méthode, qui n'est ni pénible, ni douloureuse. Cette innocuité a été marquée dans des cas qui passent pour être dangereux à l'électricité. Dans un cas de kyste de l'ovaire développé dans un ligament large et présentant une extrême dureté, l'électrisation a été faite sans amener aucun accident. La malade, aussitôt le diagnostic fait, a été opérée, avec des suites excellentes. Deux cas d'ovario-salpingites ont donné des résultats analogues. L'opération, après échec de l'électricité, a été faite avec succès. Cette fois, comme dans un autre cas que nous avions signalé dans notre première communication, l'électricité a pu servir de pierre de touche

Dans nos observations, si cet essai a été infructueux, il n'a pas été dangereux. C'est là un point capital; car les erreurs de diagnostic ne sont pas très rares, et, surtout, les corps fibreux sont souvent compliqués de la présence de kystes de l'ovaire ou d'ovario-salpingite. S'il fallait redouter des accidents toutes les fois que l'on s'adresse à des tumeurs fibreuses présentant de ces complications, il y aurait de grandes chances pour que la méthode passât à juste titre pour très dangereuse.

A mesure que nous avons multiplié nos recherches et nos applications électriques, nous avons pu vérifier la réalité des prévisions que nous avions établies sur nos premières observations. Le traitement électrique des tumeurs est une excellente méthode qui peut rendre de grands services, à la condition qu'on ne veuille pas l'appliquer à tous les cas indifféremment. Il ne peut remplacer ni la castration, qui donne de si bons résultats chez les sujets encore jeunes, ni l'ablation de certains fibromes, dont les accidents imposent la disparition totale. S'efforcer dans certains cas d'appliquer la méthode électrique, c'est la compromettre.

Les conditions les plus défavorables à l'application de l'électricité sont relatives au jeune âge, à certaines inflammations et complications périphériques. Il faut tenir compte encore de certaines prédispositions difficiles à expliquer, et en vertu desquelles certaines femmes présentent une résistance à l'action électrique. Après quelques séances, on reconnaît, du reste, ces cas, car il est rare que les femmes qui doivent recevoir un bénéfice considérable de l'électricité ne soient pas quelque peu améliorées dès les premières séances. Si, malgré tous les soins, les premières séances restent sans action, et surtout si elles sont mal supportées, il est sage de passer à un autre mode de traitement.

Nous admettons plus que jamais que la méthode doit être inoffensive et non douloureuse. Dangereuse, elle reste au-dessous de toutes les opérations. Douloureuse, elle sera repoussée par tous, car se soumettre un grand nombre de fois à des applications très douloureuses ne pourra être accepté que par des sujets dont l'état est très grave.

La méthode du tampon nous paraît devoir faire rejeter définitivement les méthodes intra-utérines et les ponctions dans le tissu du fibrome. Non seulement elle est inoffensive, mais elle rend l'application beaucoup plus simple.

Telle que nous la présentons, elle est destinée à produire les phénomènes suivants de congestion utérine et péri-utérine : disparition des pertes, atténuation des ménorrhagies, diminution des douleurs, réduction du volume des fibromes. Tel est l'ordre dans lequel les phénomènes se produisent, avec des variations incontes-

tables. Pour les fibromes, pas plus que pour toutes les autres lésions pathologiques, il ne peut y avoir uniformité dans l'action des remèdes. L'électricité est un excellent moyen. Ce n'est pas une panacée universelle.

Présentation de malades.

M. Michaud présente un jeune malade auquel il a pratiqué la *tarsectomie*.

M. Monod présente une petite fille âgée de 13 ans, qu'il a opérée d'un *kyste de la mâchoire inférieure*, à contenu séro-purulent. Quelque temps après la large ouverture de la tumeur, a paru, implantée dans la paroi, une dent, prise d'abord pour une dent surnuméraire, reconnue ensuite pour une canine de la seconde dentition; la canine actuellement en place à l'arcade dentaire est une dent de lait anormalement persistante.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 19 février 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. Horteloup offre à la Société, au nom de Mme Saleta-Ricord, le portrait de M. le Dr Ricord;

3° *De la gastrocystorrhaphie, pour la cure de la cystocèle vagi-*

nale pure, par M. de Vlaccor (de Metelino, Turquie), (M. Terrier, rapporteur);

4° *Vésicopexie pour la cure radicale de la cystocèle vaginale*, par M. Dumoret (M. Terrier, rapporteur);

5° M. Pozzi demande un congé d'un mois et demi.

Rapport.

Sur une observation de *Résection orthopédique de la hanche pour une luxation pathologique*, par M. le Dr Lagrange (de Bordeaux).

Rapport par M. E. Kirmisson.

M. le Dr Lagrange (de Bordeaux) vous a adressé une observation relative à une jeune fille de 15 ans et demi qui, à la suite d'une scarlatine contractée à l'âge de 10 ans, eut une arthrite de la hanche droite. Au moment où notre confrère la vit, la cuisse était fixée dans l'adduction et la rotation en dedans. Le bassin avait subi, du côté malade, un mouvement d'abaissement; il y avait une ensellure considérable. La tête fémorale luxée faisait une saillie anormale dans la fosse iliaque externe; le raccourcissement du membre mesurait 6 centimètres.

Le 8 octobre 1886, M. Lagrange entreprit une opération ayant pour but de remettre en place la tête fémorale luxée. Il put constater que la cavité cotyloïde était élargie à sa partie supéro-externe; la tête du fémur était placée sur le bord de la cavité ainsi anormalement élargie, bord taillé en cupule pour la recevoir. Il n'y avait donc pas, à proprement parler, de luxation, mais seulement ascension de la tête, grâce à l'élargissement de la cavité destinée à la recevoir.

A l'aide de la gouge et du maillet, M. Lagrange débarrassa la cavité cotyloïde des produits pathologiques qui la comblaient en partie, puis il y replaça la tête fémorale, elle-même régularisée dans sa forme à l'aide des mêmes instruments. Pour obtenir plus sûrement l'ankylose, il fixa la tête fémorale à sa place naturelle au moyen de deux broches d'acier, dont l'une fut supprimée le quinzième jour, tandis que la seconde resta en place pendant trois semaines.

Le résultat de cette intervention fut favorable : au bout de quinze jours, la plaie était guérie par première intention. La tête fémorale resta en place, mais l'ankylose cherchée ne fut point obtenue. Il est dit, en effet, dans l'observation, que les mouve-

ments de l'articulation coxofémorale sont faciles en tous sens. La malade se déclare très satisfaite du résultat; elle peut marcher des heures entières sans fatigue, ce qui lui était impossible avant l'opération.

Telle est, en résumé, l'observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Lagrange. Ne trouvant chez sa malade rien qui puisse faire penser soit à une luxation congénitale, soit à une coxalgie de nature tuberculeuse, l'auteur admet l'hypothèse d'une arthrite consécutive à la scarlatine, arthrite qui s'accompagne parfois de ces luxations soudaines sur lesquelles M. Verneuil a appelé, dans ces dernières années, l'attention de la Société de chirurgie. Je suis parfaitement disposé à admettre cette manière de voir. La seule objection que je veuille adresser à notre collègue a trait au titre qu'il donne à son observation. M. le Dr Lagrange intitule son opération : *Résection orthopédique*. D'après les détails que je viens de vous donner, il vous est facile de voir qu'il n'y a point eu, en réalité, de résection dans ce cas particulier, puisque la tête fémorale a été, en totalité, conservée et remise en sa place normale. L'opération de M. Lagrange rentre donc, en réalité, dans la catégorie des interventions auxquelles le professeur Albert (de Vienne, donne le nom d'*arthrodèse*, et que ce chirurgien a pratiquée pour la première fois en 1878. Le résultat a été satisfaisant en ce que la fixation de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde a amélioré considérablement les fonctions du membre. Toutefois, l'ankylose recherchée par le chirurgien n'a pas été obtenue. M. Lagrange explique cette absence d'ankylose par une prédisposition spéciale de la malade. Il me semble plus naturel d'incriminer l'insuffisance des moyens employes pour réaliser la fixation de la tête fémorale. Il doit être, en effet, très difficile de fixer une broche métallique dans la cavité cotyloïde, sous peine d'aller trop loin et de déterminer des lésions du côté du bassin.

Je vous rappelle, en terminant, que M. Lagrange est professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux; il nous a déjà adressé de nombreuses et importantes communications. Je vous propose donc :

1° De lui adresser vos remerciements pour la communication dont je viens de vous rendre compte;

2° De l'inscrire en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Rapport.

Statistique de quatorze cas de tumeurs abdominales, suivie d'une nouvelle observation de fibro-myome de l'ovaire, par le Dr MILLOT-CARPENTIER (de Montécouvez).

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

M. le Dr Millot-Carpentier nous a envoyé dernièrement une intéressante observation de tumeur abdominale qu'il a enlevée par la laparotomie. L'opération fut laborieuse à cause du volume de la tumeur et de l'épaisseur énorme de la paroi abdominale. La malade succomba le troisième jour.

Si je voulais adresser une critique à l'auteur, ce ne serait certes pas d'avoir échoué dans ce cas très difficile; bien au contraire, il faut le féliciter de n'avoir pas hésité à publier un insuccès, du moment que le cas lui paraissait digne d'attirer l'attention. Je lui reprocherai plutôt le titre de son observation; d'après la description qu'il donne, il a eu affaire à un gros fibrome inclus dans le ligament large, mais le « fibro-myome de l'ovaire » n'est pas démontré. Peu importe ce point de détail; je veux surtout vous signaler dans ce court rapport verbal, la statistique que nous envoie en même temps M. Millot-Carpentier, et qui comprend quatorze opérations abdominales avec deux morts. Elle est fort honorable pour l'auteur et vous montre qu'il a su acquérir une sérieuse expérience de cas de ce genre.

M. Millot-Carpentier est, parmi nos confrères de province, un de ceux qui pratiquent la chirurgie avec activité et succès. Il a publié trois volumes sur l'hygiène publique, la chirurgie et l'obstétrique en Italie, deux volumes de Notes chirurgicales d'un médecin de campagne, etc. Si je mentionne ces publications, c'est que M. Millot-Carpentier ambitionne le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie; j'aurai un jour l'occasion, j'espère, de vous rappeler son nom et ses travaux dans une de nos prochaines périodes électorales.

Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans vos archives. (*Adopté.*)

Communication.

Fibrome de la paroi abdominale développé dans la cicatrice d'une ancienne ovariotomie,

Par M. LE DENTU.

En 1881, j'avais pratiqué l'ovariotomie à une femme L...,

alors âgée de 38 ans. L'opération n'avait rien présenté de particulier, et la guérison avait été obtenue dans les délais normaux.

Un an après, la malade s'aperçut qu'un point de sa cicatrice s'indurait. Il se développa alors une petite tumeur qui mit *six ans* à parvenir au volume d'une grosse noix. La malade vint se soumettre à mon examen le 18 juin 1888. Elle éprouvait quelques élancements depuis peu de temps.

La tumeur commençait à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle était adhérente au côté péritonéal de la cicatrice et commençait à l'être un peu aussi à la face profonde de la peau.

Son ablation fut très simple. Une incision elliptique la circonscrivit et ouvrit successivement tous les plans, y compris le péritoine. Cinq points de suture rapprochèrent les deux lèvres de la plaie. Les suites opératoires furent des plus simples.

La coupe de la tumeur justifia le diagnostic fibrome qui avait été porté. Aucun point de la tumeur n'était ramolli. Elle présentait partout la structure homogène et caractéristique des tumeurs de cette nature.

J'ajouterai (et ceci est important) qu'elle était enkystée sur les côtés et adhérente seulement dans les points les plus saillants de ses faces antérieure et postérieure. Il n'est pas inutile d'ajouter que le pédicule avait été réduit après l'extirpation du kyste en 1881.

La tumeur n'offrait ni les caractères d'une kéloïde, ni ceux d'un sarcôme.

Il y a aujourd'hui dix-neuf mois qu'elle a été extirpée, circonstance favorable à l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur tout à fait bénigne.

Discussion.

M. Tillaux. L'examen histologique a-t-il été fait? Cette tumeur n'était-elle pas une kéloïde?

M. Le Dentu. L'examen histologique nous manque, et je le regrette. Mais je puis affirmer qu'il n'y avait aucun doute possible sur la nature de la tumeur; elle n'avait en aucune façon les caractères d'une kéloïde.

M. Routier. Un point intéressant à remarquer, c'est que la tumeur n'avait aucune connexion avec les os du bassin, quoiqu'on dise en général que ces tumeurs fibreuses de la paroi abdominale tiennent au squelette, au moins par un pédicule. J'ai vu un cas de fibrome développé au niveau d'un orifice herniaire, et paraissant être en connexion avec un ancien sac.

M. Terrillon. Je regrette que l'examen histologiqne n'ait pas été fait dans le cas de M. Le Dentu, parce qu'il reste un point de doute au sujet de la récidive. En 1887, j'ai présenté ici un travail montrant qu'on peut voir des récidives, après l'ablation des kystes de l'ovaire, sur la cicatrice abdominale.

M. Berger. Il n'est pas exact de dire que les fibromes de la paroi abdominale sont toujours en connexion avec le squelette ; ils tiennent généralement à l'aponévrose du transverse, et non aux os.

M. Marc Sée. J'ai cependant opéré, chez une femme, un fibrome qui tenait au périoste, au voisinage de la symphise pubienne, par un pédicule gros comme un tuyau de plume.

Communication.

Du traitement de l'endométrite par le curettage de l'utérus ; ses indications, ses résultats,

Par M. Bouilly.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie le résumé des observations que j'ai recueillies sur ce sujet depuis trois ans et les conclusions auxquelles j'ai été amené.

Depuis 1887, j'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre d'endométrites traitées par divers ordres de moyens, et, depuis cette même époque, j'ai pratiqué 81 fois le curettage de l'utérus contre cette affection ; j'ai pu suivre et consigner les résultats dans 69 de ces cas, et je peux les fournir comme certains. En effet, sur ce total, 45 malades appartiennent à la clientèle de la ville, dans laquelle le contrôle est plus facile et plus sûr. Si je n'ai pratiqué cette opération que 36 fois à l'hôpital, ce n'est que par suite de l'exiguïté du service dont je suis chargé, et où je suis forcé surtout de n'accepter que les opérations urgentes ; car les indications de faire le curettage ont été beaucoup plus nombreuses, et c'est au moins une centaine de cas hospitaliers que j'aurais pu traiter. J'ai même pu, dans ces conditions, observer le temps considérable nécessité pour l'amélioration d'une endométrite chez des femmes ne suivant que le traitement externe de la consultation et ne se soignant que par des injections vaginales. Un an, dix-huit mois, deux ans et quelquefois plus sont nécessaires, dans ces conditions, pour obtenir une amélioration réelle, et la lenteur de la guérison dans ces cas, la résistance du mal, constituent, comme

je le dirai tout à l'heure, un argument puissant en faveur du traitement plus rapide et plus actif par le curettage.

Dans cette communication, je ne ferai allusion qu'aux cas d'endométrite *simple*, c'est-à-dire non compliquée d'une grande déchirure du col avec ectropion réclamant l'opération d'Emmet ; dans ces cas, l'intervention est complexe ; je la fais se composer d'un curettage utérin avec restauration du col, et il est difficile de faire la part exacte des symptômes et des résultats. Ces faits seront l'objet d'une autre communication.

Je laisse également de côté les endométrites compliquant un fibrome ou un polype de l'utérus, dans lesquelles le curettage n'est qu'un complément de l'ablation du néoplasme et, pour ainsi dire, la toilette de la cavité utérine.

Au contraire, je fais rentrer dans mes observations un certain nombre d'endométrites compliquées de lésions plus ou moins appréciables des annexes de l'utérus, lésions qui paraissent pouvoir être modifiées par l'état de la muqueuse utérine.

En me bornant à ces cas — endométrite simple ou endométrite compliquée de lésions peu avancées des annexes — d'une manière générale, je n'ai pratiqué le curettage de l'utérus qu'après des tentatives longuement prolongées de traitement non chirurgical, instituées par d'autres médecins ou sous ma direction. Les symptômes de l'endométrite qui ont indiqué surtout le curettage ont été : 1° des métrorrhagies ayant le caractère soit de ménorrhagies trop abondantes, prolongées ou rapprochées, soit d'un suintement sanguin intermenstruel presque constant ou revenant à l'occasion de causes minimes ; 2° des écoulements muqueux ou muco-purulents ; 3° des douleurs accompagnant l'un ou l'autre de ces écoulements, surtout marquées au moment des règles ou persistant dans leur intervalle. Ces douleurs, qui ont leur siège sur les côtés de l'utérus, sur les parties latérales de la région sacrée, sont le plus souvent symptomatiques d'une propagation infectieuse à la muqueuse tubaire ou d'une endométrite du corps de l'utérus. Elles sont particulièrement fréquentes dans l'endométrite compliquant la rétroversion ou la rétroflexion.

Je n'ai jamais pratiqué le curettage utérin contre cette douleur, quand celle-ci ne s'accompagnait pas d'un écoulement sanguin ou muqueux exagéré, en un mot quand il n'y avait pas en même temps des signes d'une altération de la muqueuse utérine. La douleur seule ne m'a jamais paru une indication de cette intervention ; elle est alors liée à des lésions qu'il s'agit de reconnaître. Je ne veux pas actuellement m'étendre sur les causes de ces douleurs pelviennes ; le sujet est complexe et demande une étude à part.

Le manuel opératoire que j'ai employé dans tous ces cas ne dif-

fère guère de celui qui est généralement recommandé et suivi. En général, j'ai employé l'anesthésie ; le curettage, que j'ai pratiqué 12 fois sans chloroforme, détermine une sensation douloureuse spéciale, fort pénible pour les malades, cessant brusquement, il est vrai, dès que cesse l'action de l'instrument, mais qu'il me paraît bon d'éviter par le sommeil anesthésique. En outre, sans anesthésie, l'abaissement de l'utérus se fait beaucoup moins facilement, et les manœuvres intra-utérines, plus précipitées et plus difficiles, risquent de rester incomplètes. Du reste, l'opération totale n'exigeant que quelques minutes, le sommeil est toujours de fort courte durée.

Le curettage a toujours été pratiqué après dilatation préalable avec des tentes de laminaire pendant quarante-huit heures. Si l'on a soin d'introduire le premier jour une laminaire petite pénétrant sans difficulté dans la cavité utérine préalablement explorée à l'hystéromètre, la douleur est presque nulle après l'application ; elle ne dure guère plus d'une heure à deux sous forme de tranchées, et bien souvent elle fait défaut. Le lendemain, une tige plus volumineuse est introduite après ablation de la première et lavages vaginaux, et, vingt-quatre heures plus tard, la cavité est très facilement accessible. Je préfère cette dilatation lente à la dilatation rapide, extemporanée ; elle me paraît provoquer dans le tissu utérin un certain ramollissement et une complaisance opératoire qu'on n'obtient pas par la dilatation brusque ; elle donne à l'avance l'idée de la tolérance utérine et de la réaction possible du côté de l'abdomen ou du système nerveux ; enfin elle force la malade à quarante-huit heures de lit avant l'opération. Le plus souvent aussi, l'absence de douleur pendant cette dilatation la rassure sur la bénignité et l'innocuité des manœuvres ultérieures.

Je laisse de côté tous les autres détails opératoires : antisepsie vaginale, abaissement de l'utérus, lavages intra-utérins avant et pendant le curettage, écouvillonnage final de la cavité pour ramener les derniers débris. J'ai toujours opéré avec la curette de Simon ou celle de Sims, légèrement tranchante ; je ne crains pas d'appuyer fortement sur le tissu utérin, surtout dans la région du col, où le curettage doit être particulièrement vigoureux et soigné.

La manœuvre se termine par une application à l'écouvillon mou ou par une injection avec la seringue de Braun de teinture d'iode ou de glycérine créosotée au 1/3 (formule Doléris), ou de chlorure de zinc en solution au 1/20e ou au 1/10e. J'emploie la glycérine créosotée ou la teinture d'iode dans l'endométrite muqueuse ; je réserve le chlorure de zinc en solution forte à l'endométrite hémorrhagique.

Le pansement, qui se compose de gaze iodoformée en queue de cerf-volant, est renouvelé au bout de quatre jours, retiré au bout de huit et remplacé par des injections vaginales trois fois par jour avec une solution de sublimé au 1/4000e environ. Dans le cas où le second pansement présente un peu de muco-pus dans les points qui touchaient le col, il m'a paru bon de renouveler la gaze iodoformée après avoir insufflé sur le col de la poudre d'iodoforme ou avoir touché la cavité cervicale à la teinture d'iode ou à la glycérine créosotée.

Il ne faut se déclarer satisfait que s'il n'y a plus de sécrétion muco-purulente et ne supprimer les pansements qu'à ce moment. Je crois fermement aujourd'hui que nombre d'insuccès ne tiennent qu'à une réinfection rapide se produisant faute d'une antisepsie suffisamment prolongée, et j'attache la plus grande importance à ce traitement consécutif.

Les malades ont toujours quitté le lit au bout de douze à quinze jours et ont dû continuer à se faire deux ou trois fois par jour des injections antiseptiques.

Comme la grande majorité des observateurs, je n'ai jamais observé de complications après l'intervention ; la douleur opératoire cesse immédiatement après l'opération, et il ne s'en produit pas de nouvelle ; j'ai observé *quatre fois* une légère sensibilité sur la partie latérale de l'utérus, persistant pendant quelques jours, et sans élévation de la température. Cette douleur ne m'a pas semblé plus fréquente ni plus violente chez des malades atteintes de lésions des annexes que chez d'autres. En revanche, dans un nombre de cas respectable, une douleur abdominale mal localisée présentant à l'opération une sorte de malaise abdomino-pelvien faisant partie du cortège des symptômes, a disparu comme par enchantement dès le lendemain ou le soir même de l'opération. J'ai souvent noté ce symptôme, alors même que plus tard il pouvait y avoir une légère récidive de l'écoulement muqueux.

J'aborde maintenant les résultats thérapeutiques, de beaucoup les plus importants, les résultats opératoires étant depuis longtemps jugés.

Sur 81 opérées, j'en ai pu suivre 69 ; j'en ai perdu 12 de vue ; ces 69 cas serviront donc seuls à l'appréciation des résultats. Ceux-ci se décomposent de la manière suivante :

39 guérisons complètes, définitives ;

15 améliorations, c'est-à-dire disparition d'un ou de plusieurs des symptômes ayant fait l'indication opératoire ;

15 insuccès.

Les 39 guérisons comprennent 19 cas d'endométrite *hémorrhagique* et 20 cas d'endométrite *muqueuse* ou *muco-purulente ;*

quelquefois il y avait combinaison des deux symptômes; mais, pour la classification, j'ai dû prendre le symptôme prédominant. Le résultat est surtout frappant et satisfaisant dans la forme *hémorrhagique ;* un suintement sanguin continuel peut disparaître instantanément; des règles abondantes et prolongées, avec caillots et retour chaque quinzaine, sont ramenées à des époques régulières de trois et quatre jours; ici le bénéfice est incontestable, et c'est merveille de voir renaître la santé, l'énergie et la gaieté avec la reprise de la vie commune depuis si longtemps suspendue.

Les 20 autres cas se rapportent à l'endométrite muqueuse ou muco-purulente.

Parmi ces cas, je note une variété rare d'endométrite *caséeuse* chez une femme âgée, ayant résisté à tous les traitements, donnant lieu à des écoulements fétides faisant craindre un néoplasme. La curette ramena en grande quantité des débris d'apparence caséeuse, d'odeur infecte, très adhérents à la muqueuse utérine. Il s'agissait là d'une lésion tout à fait comparable à ce qui a été décrit sous le nom de coryza *caséeux*. La guérison suivit avec une grande rapidité cette intervention qu'aucun autre moyen n'aurait pu remplacer.

Dans 3 cas, les annexes étaient douloureuses spontanément et à l'examen direct; une fois il y avait sur les côtés de l'utérus une tuméfaction donnant l'idée d'une trompe volumineuse et distendue. Cette tuméfaction disparut dans les jours suivants, et la guérison fut définitive. Mais je ferai remarquer dès à présent que, dans les cas où les annexes sont soupçonnées ou reconnues malades, le point douloureux abdominal ne disparaît qu'avec une extrême lenteur, au bout de deux, trois mois et même plus, alors même qu'il n'existe plus aucun phénomène morbide du côté de l'utérus.

Quelquefois, comme je le dirai tout à l'heure, la douleur consécutive à ces lésions n'est en rien modifiée; le curettage n'a rempli qu'une partie du programme; la lésion utérine peut être améliorée ou guérie; la lésion tubo-ovarienne n'en persiste pas moins avec toutes ses conséquences.

Sous le nom d'*améliorations* consécutives à l'opération, je range tous les faits dans lesquels il y a eu diminution notable ou disparition d'un ou de plusieurs symptômes qui avaient fait l'indication opératoire. Je me suis montré très sévère pour accepter les cas de ce genre, et j'ai rejeté à la colonne des insuccès des cas qui auraient pu être notés comme améliorés. De ces derniers, j'en compte 15 dans lesquels soit l'hémorrhagie, soit l'écoulement muqueux, soit la douleur ont été notablement diminués. Je relève des cas où l'écoulement persiste et où la douleur a cessé, soit dans l'intervalle, soit surtout au moment des règles; je note des femmes chez

lesquelles il n'y a plus de ménorrhagies, mais qui présentent encore un écoulement assez abondant; d'autres sont soulagées pour la marche et la station debout. La plus grande somme d'améliorations est fournie par la diminution des écoulements muqueux ou muco-purulents; ceux-ci ne sont plus remarqués que dans le liquide de l'injection, au lieu de s'écouler presque constamment par la vulve.

Sur ces 15 malades, 3 présentaient des annexes malades dont l'état ne fut nullement influencé ni en bien ni en mal par le curettage. J'aurai occasion plus tard de donner mon opinion sur les rapports qui existent entre les lésions des annexes et les sécrétions de la muqueuse utérine. Qu'il me suffise de dire que ces sécrétions sont difficilement modifiées quand les annexes sont malades et qu'elles peuvent disparaître spontanément quand les annexes sont guéries ou enlevées.

Les *insuccès* complets sont au nombre de 15; il y eut 4 fois persistance ou retour de métrorrhagies, 11 fois d'un écoulement muqueux ou encore purulent accompagné ou non de douleurs abdomino-pelviennes. Il est surtout important de rechercher les causes de ces insuccès.

Ces causes me paraissent pouvoir être rangées sous plusieurs chefs, et sont du reste variables avec la persistance de tel ou tel symptôme morbide après l'opération.

On peut attribuer les insuccès du curettage, c'est-à-dire la persistance ou le retour des phénomènes morbides :

1° A une mauvaise technique opératoire; 2° à une réinfection rapide de la muqueuse utérine; 3° à certaines variétés d'endométrite; 4° à la complication persistante de lésions des annexes.

Je passe ces divers chefs rapidement en revue.

1° Dans un cas, je m'étais contenté de curetter le col utérin. L'opération peut être considérée comme incomplète, et les sécrétions du corps non modifiées ont pu continuer à s'écouler à l'extérieur et réinfecter la cavité cervicale.

2° Une cause plus fréquente de récidive consiste dans une réinfection de la muqueuse utérine. Les malades abandonnées à elles-mêmes font mal leurs injections ou ne les font pas du tout; les sécrétions vaginales ou utérines s'altèrent de nouveau, et la série des phénomènes se reproduit comme avant l'intervention.

3° Une certaine variété d'endométrite m'a paru rebelle au curettage, ou tout au moins semble être difficilement modifiée par ce moyen. Je veux parler de l'endométrite glandulaire du col, avec catarrhe muqueux, abondant, tenace, visqueux, adhérent, presque solide. La lésion atteint dans ce cas les innombrables glandes du col, se cantonne dans les culs-de-sac glandulaires profondément situés dans la muqueuse et dans le tissu musculaire; ces

culs-de-sac sont inaccessibles à l'action de la curette qui ne fait qu'aborder les conduits excréteurs, et ils demeurent infectés. Très peu de temps après l'intervention, dans les semaines qui suivent, le catarrhe se reproduit avec ses mêmes caractères d'abondance et de viscosité. J'ai échoué complètement quatre fois dans ces conditions, et je considère cette variété d'écoulement comme réclamant une autre thérapeutique que le curettage ; c'est à l'opération de Schrœder ou à une intervention analogue supprimant la muqueuse et ses glandes en totalité qu'il faut alors s'adresser.

4° Mais le plus souvent, l'insuccès du curettage doit être rapporté à une lésion préexistante des annexes de l'utérus ; j'ai pu nettement invoquer cette cause dans quatre cas.

Trois fois des lésions suppuratives de la trompe pour lesquelles la laparotomie dut être faite plus tard, une fois la dégénérescence scléro-kystique des ovaires entretinrent, après l'opération, des écoulements et des douleurs que la médication intra-utérine est incapable de guérir en pareil cas.

Enfin, dans deux cas, j'ai observé le retour de métrorrhagie liée sans doute à la présence probable de fibromes sous-muqueux.

De tous ces faits, je ne suis pas autorisé à tirer de conclusions générales sur la valeur du curettage dans le traitement de l'endométrite ; je ne puis donner que mes conclusions personnelles tirées de mes observations, je les formulerai dans les termes suivants :

Le curettage appliqué au traitement de l'endométrite constitue une ressource précieuse, et dans les formes invétérées, rebelles, il ne saurait être remplacé par aucun autre moyen ;

Il met rapidement fin aux accidents hémorrhagiques de l'endométrite où il trouve une de ses meilleures indications ;

Il modifie avantageusement et vite les écoulements liquides muqueux et muco-purulents du corps et du col; il m'a semblé mal réussir dans le catarrhe cervico-glandulaire, avec écoulement glaireux, tenace; il ne m'a donné que des résultats incertains quand il y a eu coexistence de lésions appréciables des annexes.

Discussion.

M. Terrillon. Le mémoire de M. Bouilly est d'autant plus intéressant, que la Société de chirurgie n'a pas encore discuté cette question.

J'ai fait, depuis 1885, une soixantaine d'opérations de ce genre. Je donnerai des chiffres plus exacts dans la prochaine séance. Je me borne aujourd'hui à insister sur quelques points.

J'emploie absolument le même procédé de curage que M. Bouilly.

Dilatation préalable pendant deux jours, avec une laminaire fine suivie d'une seconde un peu plus grosse.

Il y a bien des variétés de curettes ; j'en ai fait faire une que je vous présenterai, et qui me paraît plus commode que les autres.

Je diffère un peu de M. Bouilly sur les pansements consécutifs : je fais le tamponnement de la cavité utérine elle-même avec de la gaze iodoformée, mais une gaze préparée spécialement et avec le plus grand soin. Je me trouve bien de ce tamponnement, surtout dans les cas hémorrhagiques ; de plus, il empêche les infections secondaires.

En effet, l'infection secondaire est très facile. Ceci est une question d'intérêt général : les femmes se réinfectent souvent, après toute espèce d'opérations, avec les appareils de lavage dont elles se servent. J'ai fait examiner les canules qui servent aux injections ; elles sont chargées de souillures de toutes sortes, qui ne peuvent être que très nuisibles.

Faut-il compter sur le curage quand, à côté de la métrite, il y a une salpingite légère ? Celle-ci peut être heureusement influencée ? J'ai une douzaine d'observations de ce genre ; et je dois dire que généralement on n'obtient rien, ni contre les hémorrhagies ni contre les douleurs. Si, au contraire, on fait la castration ovarienne pour la lésion des annexes, et si, l'utérus restant volumineux et congestionné, on complète plus tard le traitement par le curage ou la cautérisation intra-utérins, alors tout cesse définitivement, hémorragies, catarrhe, douleurs, et les malades sont guéries ; j'ai deux observations très probantes à cet égard.

M. Championnière. Je ferai seulement quelques réflexions, parce que je n'ai pas une grande expérience du curage.

Je remarque tout d'abord que M. Bouilly nous apporte un nombre raisonnable d'observations, recueillies dans un assez long espace de temps ; il y a loin de là à ces séries innombrables de curages, cinq cents dans une année, par exemple, que produisent certains auteurs, et qui font de cette opération la panacée la plus banale.

Je ne dirai rien sur le manuel opératoire. Mais la question des lavages secondaires est fort intéressante. Pour ma part, je ne fais pas de lavages secondaires, je me contente du tampon vaginal, et je pense que la réinfection est ainsi moins fréquente. C'est un principe général que j'ai adopté pour toutes les opérations vaginales.

Le curage a-t-il une bonne influence sur les lésions des annexes ? M. Bouilly pense qu'on peut en retirer quelque bien ; M. Terrillon n'en a jamais rien obtenu ; moi non plus, je n'en ai

jamais vu un résultat satisfaisant. Mais j'ai vu, au contraire, bien des malades qui, en pareil cas, avaient été curées inutilement, dangereusement, et dont l'état avait été singulièrement aggravé. Quand les annexes sont malades, il faut d'emblée rejeter le curage.

Certaines femmes, après l'ablation des annexes, perdent encore un peu de liquide, elles ont une apparence de métrite, des congestions utérines pendant quelque temps ; mais tout cela disparaît peu à peu. Je ne fais jamais de désinfection du vagin ou de l'utérus avant l'opération, et après celle-ci, cependant, les pertes blanches disparaissent.

En résumé, je félicite M. Bouilly de nous avoir apporté un nombre de curages assez restreint, eu égard au nombre des malades qu'il a vues; et je le félicite aussi d'avoir à peu près condamné le curage dans les cas de lésion des annexes. Envisagé de la sorte, au lieu d'être employé aveuglément chez des femmes qui ont des annexes malades, comme le font certains spécialistes, le curage est une opération acceptable, et je n'en suis pas aussi ennemi qu'on l'a dit.

M. Kirmisson. La dilatation seule, suivie du tamponnement, peut suffire à la guérison de la métrite, et mérite d'être mise en parallèle avec le curage ; j'en ai retiré, dans quatre ou cinq cas d'hémorrhagies très graves, des résultats excellents comme rapidité et efficacité. Je me suis démandé alors si la dilatation utérine n'aurait pas, dans les cas de ce genre, une action mécanique analogue à celle de la dilatation dans les hémorroïdes.

M. Segond. Je résumerai prochainement les observations de curage utérin que je possède. Je dirai seulement aujourd'hui que j'en ai quelques-unes où, les annexes étant malades, le curage a complètement échoué ; d'autres où j'ai dû faire d'urgence l'ablation des annexes chez des femmes qui avaient été curées par un autre médecin et qui avaient eu des accidents; d'autres enfin où, ayant enlevé d'abord les annexes, j'ai dû faire ensuite le curage.

M. Terrier. J'ai rencontré souvent, peut être un peu plus souvent que M. Bouilly, les indications du curage. Je suis obligé de résister pour ne pas laisser envahir mon service par les malades qui auraient besoin de subir le curage, si on pouvait les hospitaliser toutes.

Mon manuel opératoire diffère un peu de celui qui vient d'être préconisé. Je fais la dilatation préalable pendant plus longtemps, cinq ou six jours ; je substitue aux laminaires une grosse éponge préparée, pour avoir une cavité utérine très large. Quelquefois, je suis arrêté par les règles qui surviennent; je laisse l'éponge, pour

ne pas perdre le terrain gagné ; les règles passées, je retire l'éponge, dont la présence n'a aucun inconvénient, et je fais le grattage. Autrement, il n'est pas toujours facile de manœuvrer dans la cavité; il y a des utérus hypertrophiés qui ont 12 centimètres, et il est difficile d'arriver au fond; il y en a d'autres où l'on ne pénètre que petit à petit, il faut huit ou dix jours pour les dilater; quelquefois, enfin, on ne pénètre bien que le dernier jour, et quand la malade est endormie.

La question des curettes m'importe peu ; je me sers de toutes à peu près indifféremment; je n'ai jamais été bien tenté d'inventer un instrument nouveau.

Le grattage doit durer longtemps. Je gratte partout avec insistance, et surtout au niveau du col, à cause des glandes qui sont dans cette région, et qui entretiennent le catarrhe glaireux de la métrite cervicale.

Pour le pansement, je ne crois pas utile en général de tamponner la cavité utérine, sauf le cas d'hémorragie. Je me contente de tampons vaginaux iodoformés. J'emploie aussi les badigeonnages de la cavité avec le chlorure de zinc au dixième.

Pour faciliter l'écoulement des liquides et éviter la contraction de l'isthme utérin, il m'arrive très souvent d'introduire un drain jusqu'au fond de l'utérus. Au bout de quatre ou cinq jours, quand les tampons vaginaux sont retirés, je commence les injections antiseptiques.

Les résultats du curage sont excellents, il n'y a jamais d'accidents; j'ai seulement observé, dans des cas assez fréquents, des vomissements opiniâtres, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

J'ai fait quelques grattages chez des malades qui avaient des salpingites plus ou moins avérées: je n'ai jamais obtenu, alors, aucun résultat. Exceptionnellement, j'ai eu quelque amélioration par le curage, dans des cas où il y avait seulement un peu d'induration et de tuméfaction au niveau d'une des trompes; mais les malades n'ont pas été suivies, et je n'y crois que d'une façon très relative.

J'ai eu dans une observation publiée dans la thèse de M. Péraire une preuve très nette de ces réinoculations dont on a parlé tout à l'heure. Les canules ne sont pas les seuls instruments de ces réinoculations. La malade dont il s'agit avait été guérie par le curage; étant retournée auprès de son mari, elle est revenue bientôt dans le service avec des gonocoques et une récidive de la métrite.

Dans tout ce qui vient d'être dit, il manque un élément d'appréciation : nos connaissances sont très bornées sur la nature

de la métrite. Il y a de nombreuses variétés microbiques sur lesquelles nous ne savons pas grand'chose, et qui peuvent influer sur les résultats du grattage. C'est une question à l'état d'ébauche, et un sujet de recherches intéressantes.

M. Bouilly. D'après cette discussion, il semble que le curage ne rencontre guère de difficultés et d'incertitudes que dans les cas complexes. Or, ces cas doivent se réduire de plus en plus par l'expérience. Ce qui est prouvé maintenant, c'est qu'on obtient des résultats d'autant meilleurs qu'on a affaire à une lésion bien localisée dans l'utérus et directement attaquable. Il y a néanmoins des cas ou on se trouve mis en demeure de faire le curage alors même qu'un point douloureux semble révéler un léger degré d'altération des annexes; on le fait alors, et, en modifiant la muqueuse, on a le droit d'opérer une modification semblable du côté de la trompe qui commence à se prendre. Voilà où j'en suis, et où sans doute j'en resterai. Mais y a-t-il des troubles plus accentués du côté des annexes? Alors le curage n'y peut rien, et il faut y renoncer. Les écoulements muqueux et sanguins se modifient après l'opération faite sur les annexes. On trouve parfois ces écoulements avec des lésions de l'ovaire, la trompe n'étant pas malade ; ils sont alors, si on veut, d'origine réflexe. Quoi qu'il en soit, le curage ne vaut rien en pareil cas.

Je répondrai à M. Terrier que, jusqu'ici, une dilatation de quarante-huit heures m'a toujours paru suffisante. D'autre part, je n'ai pas observé de vomissements persistants après l'opération. Je l'ai faite quelquefois sans chloroforme : les malades, alors, n'ont jamais vomi.

Enfin, je dirai en terminant qu'au point de vue du résultat obtenu contre la douleur, il faut tenir grand compte du terrain sur lequel on opère. Le succès peut toujours être incomplet chez certains malades où se rencontre, sans doute, l'indication formelle d'agir sur l'utérus, mais qui sont avant tout des névropathes.

Présentation de pièces.

1° *Corps étranger traumatique du genou, arthrotomie, guérison,*

Par M. Schwartz.

L'esquille que j'ai l'honneur de présenter est un cas type de ce qui a été dénommé corps étranger traumatique des articulations. Il s'agit d'un fragment de l'extrémité inférieure du fémur très

probablement détachée par une violence sur l'articulation et flottant dans un liquide séro-sanguinolent. Il est formé de deux parties: l'une plus volumineuse constituée par un fragment quadrangulaire de 2 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large et 5 à 6 millimètres d'épaisseur, d'apparence tout à fait cartilagineuse, à stries perpendiculaires à la surface articulaire.

L'autre plus petite de même nature était reliée à la précédente par des tractus fibreux.

Le malade nous raconte qu'il a fait sur le genou droit une première chute au mois de janvier 1889; le lendemain l'articulation était tuméfiée; après huit jours de soins, il a pu reprendre son travail et ne s'est jamais ressenti de rien. Le 14 décembre 1889, il glisse, fait une nouvelle chute sur le genou, qui se tuméfie de nouveau. C'est après elle que nous l'examinons et que nous constatons, outre un épanchement liquide considérable, sept jours après l'accident, la présence d'un corps mobile à la face externe.

L'arthrotomie antiseptique est pratiquée le 23; le corps étranger est enlevé facilement, quoiqu'il se fût déplacé dans le cul-de-sac sous-tricipital. L'opéré est guéri sans aucun accident. L'on n'a pas fait de drainage articulaire, mais la réunion immédiate par trois plans de sutures synoviales, aponévrotiques et cutanées.

2° *Cure radicale de hernie*,

Par M. ZANCAROL (d'Alexandrie).

Il s'agit d'un homme de 48 ans, marchand de vins, emphysémateux avec dilatation cardiaque, qui entre au service de M Zancarol. On constate chez lui une hernie inguinale entéro-épiploïque réductible, mais ne pouvant être maintenue réduite par aucun bandage.

A cette dernière indication s'ajoutait l'emphysème du malade avec toux persistante, et son état de marchand de vins.

M. Zancarol l'opère le 7 juillet 1888. Après avoir réséqué 30 grammes d'épiploon, il fait la suture du sac et de l'anneau inguinal d'après le procédé de M. Lucas-Championnière, avec la seule différence que les fils de la ligature du sac, après les avoir fait traverser l'anneau inguinal interne, M. Zancarol les fait sortir par les parois du ventre et les lie. Ce procédé, qu'il applique toujours, a pour but d'obtenir une cicatrice plus solide d'une part, et d'autre part de pouvoir enlever les fils plus facilement et éviter ainsi la suppuration produite par les fils de la ligature quand elle est perdue.

Les suites de l'opération furent normales : il y eut cicatrisation par première intention et guérison complète en vingt jours.

Le malade sort au bout de ce temps sans avoir eu besoin de porter un bandage.

Sept mois après il entre de nouveau au service de M. Zancarol pour son emphysème et meurt au bout de quelques jours dans une attaque d'asystolie.

A l'autopsie on constatait la disparition complète du canal inguinal, qui est remplacé par une cicatrice parfaite.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 26 février 1890.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Amputations partielles et totales du pied*, par M. LABOUESSE (*Thèse de Bordeaux*, 1890);

3° *Carcinome du rectum. Opération de Kraske; fistule stercorale ; septicémie. Mort*, par M. POISSON (de Nantes) (Rapporteur : M. ROUTIER).

A propos du procès-verbal.

M. LE DENTU. Je reviens sur la communication que j'ai faite dans la dernière séance, d'un cas de fibrome pur développé dans une cicatrice d'ovariotomie, parce que je tiens à bien établir que

l'interprétation que j'ai donnée à ce fait est absolument exacte. On a exprimé le regret que l'examen histologique de la tumeur n'ait pas été fait en s'appuyant sur la possibilité des récidives dans la cicatrice à la suite des extirpations de kystes ou de tumeurs ovariques.

J'admets que d'une manière générale l'objection puisse avoir quelque valeur, mais dans l'espèce elle pouvait me surprendre, d'abord parce que l'aspect du tissu morbide, ses connexions avec les tissus voisins, l'extrême lenteur de son développement, le parfait état de la malade au moment et à la suite de l'opération, devaient éloigner l'idée qu'on pouvait être en présence d'une tumeur maligne, ensuite, et surtout, parce que les cas de cancer secondaire de la cicatrice publiés jusqu'à ce jour n'ont absolument pas de rapport avec mon observation.

Dans le travail très intéressant dû à M. Terrillon, je relève des cas dus à Boinet, Müller, Spencer-Wells, Goodell, auxquels il faut ajouter un second cas de M. Terrillon et un cas de M. Terrier. Dans tous, les cas de malignité étaient aisément reconnaissables, et particulièrement dans ceux de MM. Terrillon et Terrier il est dit que la tumeur était fongueuse, violacée, parsemée d'orifices par lesquels suintait un liquide séro-sanguinolent, entouré de noyaux cancéreux disséminés à distance (Terrillon), constitués par un grand nombre de kystes (Terrillon), mollasse, bosselée, accompagnée de masses intra-abdominales et de ganglions dans les aines (Terrier).

Dans mon cas la tumeur était enkystée, sauf dans des points d'adhérence homogène, d'un blanc presque nacré, à la coupe formée de beaux faisceaux fibreux parfaitement visibles. Elle n'était accompagnée d'aucune autre production anormale.

Les malades atteintes de récidives dans la cicatrice ou dans le pédicule ont survécu un mois et demi, huit mois, au maximum deux ou trois ans à la première intervention. D'une manière générale, pour tous les cancers récidivés à la suite de l'ovariotomie et de siège autre que la cicatrice, la durée n'a guère dépassé deux ans ; la plus longue a été de cinq ans. Or, ma malade a subi l'ovariotomie en mai 1881, l'ablation du fibrome a eu lieu en 1888 et aujourd'hui, 26 février 1890, presque neuf ans après la première opération ; elle est dans un parfait état de santé, comme en fait foi la lettre que voici que j'ai reçue d'elle il y a quatre jours.

Donc l'évolution clinique de la tumeur développée chez cette femme confirme pleinement mon interprétation.

Je termine par un renseignement important.

Je n'étais pas assez sûr que l'examen histologique eût été fait pour pouvoir l'affirmer ; j'ai donc répondu négativement. Mais

voici des lettres de mes internes d'alors, MM. Jonesco et Legueu, qui renferment un précieux témoignage. Ils sont tous deux très formels, ainsi que M. Pilliet, préparateur à la Faculté, qui a examiné la pièce. C'était bien un fibrome pur, typique. Je regretterai à mon tour que ce diagnostic histologique ne se trouve pas consigné dans une note écrite, conservée depuis lors, et ne puisse vous être affirmé que d'après des souvenirs, d'ailleurs très précis; mais j'estime que tout concorde, dans les renseignements divers groupés précédemment, pour que la nature de la production observée par moi ne puisse prêter au moindre doute.

M. Verneuil. J'observe en ce moment une malade qui m'a été envoyée comme atteinte de récidive après l'amputation du sein pour une tumeur. Or, le néoplasme actuel occupe la cicatrice, mais il a tous les caractères d'une kéloïde. On peut donc avoir une tumeur constituée par du tissu conjonctif et développée sur une cicatrice, à la suite de l'extirpation d'une tumeur de tout autre nature.

Suite de la discussion sur le traitement de l'endométrite par le curage.

M. Trélat. Si l'état de ma santé m'avait permis d'assister à la séance du 19 février, j'aurais sûrement réclamé la parole à propos de l'importante communication de M. Bouilly sur le traitement des endométrites par le curettage utérin. Je n'aurais eu la plupart du temps qu'à approuver et à joindre mon opinion à celles qui étaient énoncées par notre collègue. Je demande la permission de dire que cette approbation n'est pas sans quelque valeur, parce que j'ai établi les premières doctrines sur le sujet dans des leçons faites à la Faculté il y a plus de dix ans et que je les ai précisées dans une importante série de leçons professées en mars 1888 et dont j'ai le grand regret que la publication ne soit point encore faite. Je suis d'ailleurs revenu sur le même sujet, et particulièrement sur l'un des points qui ont le plus occupé M. Bouilly, dans deux leçons professées les 8 et 13 mars de l'année dernière. Ces deux dernières leçons comportaient particulièrement l'étude des effets du curettage utérin sur les complications qui existent dans les annexes.

Tout cela est pour dire, Messieurs, que ma participation à cette discussion repose sur des études antérieures considérables et longtemps poursuivies.

Pour la commodité et la rapidité de l'exposé, je suivrai la marche de la communication de M. Bouilly.

Je rencontre, en passant, un petit point sans grande importance. Dans la limitation de son sujet, M. Bouilly met à part les cas où il existe une grande déchirure du col utérin. Grande déchirure, le mot est sujet à interprétation. Il est au premier abord évident qu'une division très étendue ne peut être réparée que par la suture de ses lèvres.

Mais il s'en faut de beaucoup, dans la pratique, qu'on observe de ces divisions véritablement grandes. La plupart guérissent par le seul traitement de la métrite. J'ai vu, il y a peu de temps, une malade chez laquelle l'opération d'Emmet venait d'échouer dans toute sa hauteur. Le seul traitement de l'endométrite mit les choses en tel état que personne n'eût songé à la nécessité d'une nouvelle opération. Pendant le cours de l'année dernière, un de mes internes me présenta une autre malade comme fournissant une évidente indication de l'opération d'Emmet. Sans la rejeter, je fis d'abord faire le traitement de l'endométrite et l'indication s'évanouit comme dans le cas précédent. Notre prudent collègue dit qu'il est difficile dans ces sortes de cas de faire la part exacte des résultats dus à l'une et à l'autre des deux interventions. C'est fort bien dit; je me borne à demander que l'opération d'Emmet soit faite après le traitement de l'endométrite et comme complément, s'il est nécessaire; j'ajoute qu'elle sera rarement nécessaire.

Je donne mon entière approbation à l'ensemble des signes énoncés par M. Bouilly; je les avais autrefois résumés dans ces trois mots : sang, glaires, douleur. Sans insister sur ces points qui ont été bien traités, je dirai qu'il faut distinguer les douleurs irradiées des douleurs locales, et que, dans l'endométrite, les douleurs locales ont un caractère diagnostique de première valeur. Étendues parfois à la totalité de l'utérus, ce qui est l'exception, elles sont le plus souvent bornées à certains points et se révèlent dans leur localisation par l'exploration bimanuelle et par l'hystéromètre. On les trouve, le plus souvent, au-dessus de l'orifice supérieur du col.

J'ai lu avec un grand plaisir les détails de technique opératoire fournis par notre collègue. Je croyais presque les avoir écrits moi-même. J'ai formulé ces moyens de la manière la plus expresse dans les deux leçons dont je donnais tout à l'heure la date, 8 et 13 mars 1889, et j'arrivais à cette formule, après une grande année d'étude sur le sujet, consacrée à élucider et à corriger différents points de détail.

Il m'est donc infiniment précieux de voir les pratiques que j'ai laborieusement établies, acceptées, confirmées et défendues par un chirurgien distingué comme l'est notre collègue.

Comme conclusion à ma description je donnais l'an passé ces

mots successifs : antisepsie constante; dilatation nécessaire; chloroforme; dans l'utérus rien que le curage. Vous voyez, Messieurs, si nous sommes d'accord dans le fond et dans la forme. Moi aussi, autrefois, j'ai fait le curage de l'utérus sans chloroforme et sans dilatation, mais alors je le faisais de loin en loin, subissant certaines indications pressantes, et ballotté au gré de pratiques insuffisantes. Dans ces dernières années, une fois, il m'est arrivé de me fier à la demande et au courage de la malade; cela n'a pas eu de bien grands inconvénients; mais il a fallu recommencer dix jours après, sous le chloroforme cette fois, pour obtenir un résultat complet.

Dans la période récente, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, j'ai toujours défendu la nécessité de la dilatation utérine. M. Bouilly, qui la pratique très bien, la défend par de bonnes raisons. Il a même un très joli mot lorsqu'il dit qu'elle établit une sorte de complaisance opératoire dans l'organe utérin. M. Terrier n'est pas moins exigeant; il veut pouvoir manœuvrer à l'aise dans la cavité utérine, en quoi il a parfaitement raison. Comme M. Bouilly, j'introduis, deux jours de suite, des tiges de laminaria. Ordinairement cela suffit; mais, dans un certain nombre de cas, il faut faire un peu plus ou beaucoup plus. Le plus souvent il faut compléter la dilatation, soit par le dilatateur de Busch, soit surtout par l'introduction d'un certain nombre de mandrins d'Hégar jusqu'au numéro 16 inclusivement. Dans certains cas, où l'utérus est fléchi ou tordu, en avant, en arrière ou sur le côté, lorsqu'il présente des brides ou colonnes d'induration, il faut prolonger d'un jour l'introduction de la laminaire, et dans certains faits rares nous avons été obligé de suivre cette manœuvre pendant cinq ou six jours de suite. C'est la pratique habituelle de M. Terrier; mais si, comme lui, je veux une large dilatation, je crois que celle-ci pourra presque toujours être obtenue par deux jours de laminaire et un nombre variable de mandrins d'Hégar.

Après divers essais j'emploie pour le curettage utérin trois curettes : d'abord et principalement une grande curette de Simon-Volkmann qui a 13 millimètres de large sur 18 millimètres de hauteur, une autre semblable, mais plus petite, pour les anfractuosités; enfin, parfois, une curette qu'on donne généralement sous le nom de Sims, mais dont je suis le modeste auteur. Je l'ai fait faire il y a huit ans par M. Collin; elle est caractérisée par un tranchant perpendiculaire au manche. La vraie et bonne manœuvre se fait avec la grande curette maniée vigoureusement. Avec elle on a peu de chances de faire des oublis. Trois de ses coups représentent bien plus que la largeur de l'utérus; ils chevauchent donc les uns sur les autres. C'est pour le col que je réserve ma petite curette à

tranchant perpendiculaire, le fond et les cornes utérines sont servis par la petite curette de Volkmann.

Je me sers, moi aussi, d'un écouvillon trempé dans la glycérine créosotée. C'est un bon moyen pour enlever les débris, mais on peut s'en passer en faisant un large lavage intra-utérin.

Il y a beaucoup d'instruments pour procéder à ce lavage. A tous je préfère la manœuvre suivante : j'introduis dans la cavité le dilatateur de Busch que j'ouvre à plein sans forcer; cela donne un orifice à passer le médius. Dans cet orifice je fais pénétrer la canule de verre (toujours canule de verre à un seul orifice) du laveur et j'ouvre largement l'injection qui ressort par le large orifice maintenu béant. C'est là encore qu'on apprécie les avantages de la dilatation préalable.

J'ai beaucoup essayé dans le commencement de mes recherches les pansements intra-utérins : tampons petits et gros de gaze iodoformée, avec ou sans application préalable de chlorure de zinc, de perchlorure de fer, de teinture d'iode. J'ai renoncé à tout cela. Après le grand lavage, je ne mets plus rien dans l'utérus. J'essuie avec des tampons antiseptiques le col jusqu'à ce qu'il ne saigne plus ou presque plus; je lave une dernière fois et je place dans le vagin un gros tampon lâche de gaze iodoformée. Ce tampon devra être renouvelé le lendemain parce qu'il sera sûrement sali par un peu de sang, puis on laissera le nouveau pendant quarante-huit heures; le troisième, trois jours, et ce sera fini. Il ne restera plus alors qu'à procéder à des lavages quotidiens avec le laveur et la canule de verre. Je recommande de nouveau à mes collègues le liquide que j'emploie : antiseptique puissant et nullement irritant, la solution de biiodure de mercure à dix centigrammes pour mille avec un peu d'alcool et d'iodure de potassium.

A l'hôpital je suis la même pratique que M. Bouilly; au bout de quinze jours je renvoie les malades. En ville, je les garde au lit. Elles ont, en général, été opérées de quatre à huit jours après leurs règles; avec quinze jours de traitement cela fait presque trois semaines, les nouvelles règles sont bien prochaines; je les laisse venir et s'accomplir au lit; je les observe attentivement, et c'est quelques jours après leur complet achèvement que j'examine l'état des choses.

Dans l'immense majorité des cas les suites sont exemptes de toute espèce d'accidents. Dès le lendemain de l'opération les malades sont dans un état d'indolence locale et de bien-être général qui les remplit de joie. A l'appui des faits qui ont été cités par M. Bouilly, j'indiquerai le cas d'une jeune dame de 26 ans, condamnée au lit depuis six mois par les douleurs, amaigrie par des vomissements presque quotidiens. A partir de l'heure de l'opération

elle cessa de vomir et n'a plus jamais vomi depuis. Jamais je n'ai observé d'accident grave ; de loin en loin quelques points douloureux, quelques petits mouvements de température aussi rapidement disparus qu'ils étaient venus.

Ce traitement, quoi qu'on puisse dire, est une des belles armes de la thérapeutique ; il est puissamment et largement curatif, sans inconvénient ni danger; il fait parfois d'apparents miracles; le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est d'échouer quelquefois. Mais ces cas d'echecs qui sont toujours motivés iront graduellement en diminuant, d'un côté par l'amélioration et la précision des moyens thérapeutiques, de l'autre par la perfection croissante du diagnostic qui mettra en évidence des contre-indications ignorées aujourd'hui.

Il a été fait dans mon service, par moi d'abord, sous ma direction ensuite, par mes différents internes et toujours sous ma surveillance, 206 opérations de curettage utérin. Un grand nombre des malades ont été suivies, et nous les avons revues pendant plus ou moins longtemps. Malgré cela, il me serait impossible d'en donner le décompte exact et de pouvoir les ranger par catégories rigoureuses de guérison, d'échec ou d'amélioration. Quelques-unes échappent et ne sont jamais revues ; la plupart des autres persistent un temps variable; l'exception seule peut être suivie. Néanmoins, comme ces nombreux cas sont répartis entre sept périodes d'internes et que les conclusions se sont reproduites d'une manière à peu près identique dans chaque période, nous sommes bien près de la certitude en donnant les résultats cumulés de ces opérations diverses. C'est ainsi que nous pouvons confirmer de la manière la plus expresse ce qui a été dit par M. Bouilly sur la cure de l'endométrite *hémorrhagique*. Ici le curettage règne en vainqueur incontesté. Il triomphe aussi bien de petits suintements irréguliers, mais presque incessants, que de grosses hémorrhagies ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic et laissé entrevoir à tort de graves lésions néoplasiques.

Il en est à peu près de même des endométrites catarrhales, pourvu qu'elles ne soient ni trop anciennes ni trop accompagnées de déformations utérines. Dans ces derniers cas la cure est plus difficile et réclame parfois deux ou trois opérations successives.

Dans un point de sa communication M. Bouilly, d'habitude si clair, a été quelque peu obscur, et naturellement les journaux l'ont traduit d'une manière plus obscure encore. Heureusement nous avons son texte personnel. Il cite trois cas où les annexes étaient douloureux spontanément et à la pression : dans deux de ces cas le curettage guérit l'utérus, mais ne modifia en rien les tumeurs des annexes. Dans un autre, au contraire, la tumeur, qui « donnait l'idée d'une

trompe volumineuse et distendue, disparut les jours suivants, et la guérison fut définitive ». M. Bouilly laisse entrevoir que cette tuméfaction n'était pas constituée par la trompe; mais pourquoi ne pas le dire expressément? A diverses reprises, dans mon enseignement, et particulièrement dans ces leçons de mars 1889, j'ai cité, entre autres, deux cas très précis appartenant à cette catégorie, cas mixtes, aigus ou subaigus, dans lesquels on voit se produire simultanément des invasions tubaires et des tumeurs lymphangitiques qui, les unes et les autres, guérissent rapidement par le curettage. Ces faits ont été publiés dans les thèses de mes élèves, en particulier dans la thèse de Cantin (1889). Le diagnostic de ces tuméfactions est souvent fort difficile et donnera lieu longtemps encore à des interprétations diverses et à des erreurs.

M. Bouilly étudie avec grand soin, et il faut l'en louer, les causes d'insuccès du curettage utérin. Il mentionne d'abord les opérations incomplètes, et il a bien raison, quoique son unique exemple soit par trop insuffisant. Il doit se faire beaucoup d'opérations incomplètes. La dilatation nulle ou insuffisante qui gêne les manœuvres, l'emploi de curettes trop étroites, les irrégularités de la cavité intra-utérine, plis, colonnes, tumeurs, enfin l'énorme ampleur de certaines cavités utérines, sont tout autant de causes d'opérations incomplètes. Ces quelques mots suffisent à montrer comment on tournera la difficulté en ces différents cas.

La réinfection de la cavité utérine est certainement possible, et il faut la tenir en parfaite défiance. J'ai déjà indiqué comment je faisais pratiquer les lavages vaginaux pour éviter toute chance de réinfection. Mais les variétés anatomiques me paraissent jouer ici un rôle prépondérant.

Ce ne sont pas seulement les glandes à mucus cohérent du col qui sont rebelles; on vient à bout de cette rébellion avec une curette plus acérée, ou avec la pointe du thermo-cautère, ou encore par une exérèse plus complète. Mais nous pouvons voir, dans les belles leçons de M. Cornil sur l'anatomie pathologique des métrites, combien sont variables en désorganisation et en profondeur les lésions de celles-ci suivant leur cause initiale Métrites vasculaires, métrites d'infection commune, métrites blennorrhagiques, métrites tuberculeuses, heureusement rares, forment autant de hauts degrés ou la résistance à la thérapeutique s'accroît de marche en marche. Heureux le chirurgien qui pourra traiter une métrite tuberculeuse à ses premiers débuts et lorsqu'elle est limitée à l'utérus; alors le succès n'est pas impossible. Mais il le devient dès que l'affection est un peu ancienne et si elle atteint en même temps les trompes et l'ovaire. Il n'en est pas tout à fait de même de la métrite blennorrhagique. Celle-ci est curable, mais réclame

parfois une longue persévérance. L'une de nos malades avait subi trois curettages inefficaces et n'a obtenu la guérison que par un mois de dilatation utérine à la gaze iodoformée, avec quelques attouchements de teinture d'iode faits chaque semaine. Je rapprocherai de ces faits certaines variétés de métrites tenaces qui suivent la ménopause. J'ai eu l'année dernière un de mes plus beaux succès dans un cas de ce genre, chez une dame de cinquante ans, alitée depuis plusieurs années. Je constatai, après un examen très exact, qu'elle n'avait qu'une métrite ancienne, avec une très grande cavité utérine; un premier curettage ne donna qu'une amélioration insuffisante, mais le second, fait deux mois après, fit cesser toutes les douleurs, et la famille cria au miracle, devant la malade rendue à ses affections et à ses habitudes anciennes.

J'en viens enfin au dernier motif indiqué par M. Bouilly. Suivant lui, le curettage échoue quand il y a des lésions préexistantes, anciennes et bien établies, des annexes.

Cette proposition de notre collègue est vraie, en général, et c'est alors que les indications de l'extirpation des annexes prennent une netteté et une fermeté de nature à défier toute critique. Mais, pour être générale, cette proposition n'est point absolue. Dans ma leçon de l'année dernière, j'ai cité cinq cas de femmes atteintes de tumeurs salpingiennes, entrées dans le service pour y subir probablement ou certainement l'extirpation des annexes, et qui sont sorties guéries totalement par le curettage utérin seul. Nous avons observé pendant de longs mois l'une de ces femmes, à laquelle je fis plus tard l'opération d'Alexander et la colpopérinéorrhaphie; elle nous a quitté florissante et reconnaissante, après un séjour de près d'une année. Voici deux de ces observations qui valent la peine d'être connues:

Observation. — Une jeune dame de la clientèle, âgée de 26 ans, a été opérée à l'âge de 13 ans d'un kyste pileux de l'ovaire, à droite. Bonne guérison, petite plaie. Mariée à 20 ans, elle devient enceinte et accouche normalement; à l'âge de deux mois son enfant est malade; d'où fatigues et manque de soins. C'est de cette époque que datent ses souffrances. Pas de nouvelle grossesse, aggravation des accidents, vomissements fréquents puis quotidiens, séjour continu au lit depuis six mois. A l'examen, endométrite incontestable. A gauche, dans les annexes, petite masse ferme, grosse comme une mandarine, bosselée, reliée à la corne utérine par une sorte de cordon, très douloureuse au toucher. C'est bien là, dit la malade, qu'est la cause et le siège de ses souffrances. Curettage très soigneux de l'utérus; excellent état. Quand, après les règles, nous procédons à l'examen, le vagin est propre, l'utérus sec; il n'existe plus aucune tumeur dans les annexes du côté gauche. La malade était et est restée parfaitement guérie jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis un an.

Voici la seconde observation :

Observation. — M. L..., femme M..., 28 ans, mariée, n'a jamais été enceinte; éprouve des douleurs de bas-ventre et a des pertes blanches abondantes depuis l'âge de 20 ans. Le mariage, à 22 ans, n'a fait qu'exaspérer ses souffrances. Sa vie, dit-elle, est un supplice; à chaque instant elle est obligée de prendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis six mois. Elle demande secours et est résignée à toute opération. A l'examen, je trouve une endométrite évidente dans un utérus de $0^m,85$; à droite et à gauche des tumeurs des annexes multilobés, du volume de petites pommes, très douloureuses. Je fais entrer la malade avec l'intention formelle de faire l'extirpation des annexes.

Comme préparation nous instituons de suite (novembre 1888) le traitement de l'endométrite par le curettage.

A la suite de cette opération, la malade s'est très bien comportée; elle ne souffre plus. Un mois après, à l'examen, nous constatons que l'utérus est sec, mais surtout qu'il n'y a plus aucune douleur dans les culs-de-sac. A gauche, il n'y a plus ni douleurs ni tumeur d'aucun genre; à droite, petit vestige, du volume d'un haricot, fuyant sous le doigt et absolument indolent. La malade quitte l'hôpital, guérie, dans les derniers jours de 1888. Nous l'avons revue plusieurs fois au début de l'année 1889; elle était toujours en très bon état, bien portante.

Voici maintenant l'épilogue de cette remarquable observation. Le 1er octobre 1889, la femme M... mettait au monde, dans le service d'accouchement de la Charité, un enfant de 3,800 grammes qu'elle nourrit et qu'elle est venue me montrer dans les derniers jours de janvier 1890.

Ainsi, voilà une femme qui souffrait avant le mariage, qui a souffert davantage après, qui n'est jamais devenue enceinte, qui est reçue à l'hôpital pour y subir l'extirpation des annexes, chez laquelle ce facile diagnostic est fait par de nombreux médecins. Le curettage fait disparaître tous les accidents, et, pour la première fois de sa vie, elle devient enceinte juste un mois après sa sortie de l'hôpital.

Il me semble difficile de discuter une semblable observation ; je n'aperçois pas où elle est attaquable. J'en subis dès lors l'enseignement, et je dis que de pareils exemples prescrivent de faire, sauf les cas d'urgence, volume ou menace de rupture des tumeurs salpingiennes, toujours le traitement de l'endométrite, quand celle-ci existe, avant de procéder à l'extirpation des annexes. C'est non seulement une précaution, une préparation, mais de plus, on vient de le voir, une possibilité de guérison avec tous ses attributs, maternité comprise.

Quelques faits de ce genre permettent de supporter un certain nombre d'échecs.

M. Routier. Bien que mes souvenirs me permissent de donner des conclusions fort analogues à celles de MM. Bouilly, Terrier, Terrillon, etc..., j'ai préféré ne pas prendre la parole dans la dernière séance pour pouvoir relire une observation, vous apporter des chiffres, et donner ainsi plus de précision à cette courte communication.

Comme mes maîtres et collègues de la Société de chirurgie, j'ai cru devoir restreindre le curettage à une certaine catégorie de malades.

Mon premier curettage date de janvier 1886, mon dernier de janvier 1890. J'ai fait pendant ce laps de temps 24 fois cette opération, tant à l'hôpital qu'à la ville; or, j'ai eu d'assez longs remplacements à Laënnec, où la consultation gynécologique était assez suivie; c'est vous dire que je n'ai pas indistinctement raclé tous les utérus que j'ai eus à traiter.

Ma technique se rapproche tout à fait de celle de mon maître M. Terrier : j'ai dilaté les utérus avec les tiges des laminaires trois et quatre jours avant de les gratter ; les essais que j'ai faits avec les bougies d'Hégar ne m'ont pas séduit.

J'ai toujours procédé au grattage pendant l'anesthésie chloroformique, et je l'ai fait avec la curette ordinaire à long manche trempée dans l'éther iodoformé ; après quoi j'écouvillonnais la cavité, soit avec le chlorure de zinc au dixième, soit avec la glycérine créosotée au tiers. Les lavages ont toujours été faits à la solution de naphtol. Tantôt j'ai mis une mèche iodoformée, tantôt un simple tampon. Je n'ai eu ni morts ni accidents.

Mes 24 curettages se répartissent de la manière suivante:

12 fois, pour combattre des métrites hémorrhagiques consécutives soit à un accouchement, soit et surtout à une fausse couche. Il est bien entendu que dans ces cas il n'y avait ni fibromes ni lésions des annexes.

Le résultat a été merveilleux, des malades qui perdaient depuis des mois ont vu tous les symptômes cesser du jour au lendemain; dans ces 12 cas, je compte 12 succès complets.

4 fois j'ai employé le curettage contre l'endométrite purulente ou muco-purulente ; les résultats sont moins satisfaisants, les malades, toujours soulagées au début, sont souvent retombées; si l'écoulement n'est pas revenu aussi fort, les douleurs ont quelquefois réapparu.

Voilà mon bilan pour les métrites pures. Mais j'ai voulu savoir aussi ce que valait, dans le traitement des salpingites, le curettage utérin, qui nous avait été présenté comme une panacée.

Je suis obligé de dire que d'après ma pratique c'est un moyen absolument nul et qui peut même être dangereux.

Dans cinq cas de salpingites bien diagnostiquées, j'ai pratiqué moi-même la dilatation utérine, le curettage et le drainage utérin avec la gaze iodoformée; dans les cas les plus heureux, mes malades n'ont rien ressenti du côté de leurs annexes; dans deux cas, il s'est fait une légère poussée inflammatoire, et j'ai dû ultérieurement opérer ces cinq cas par ablation des annexes.

Dans tous les autres cas de salpingites purulentes que j'ai opérées, le point de départ des accidents semblait très nettement coïncider avec un curettage fait par d'autres que moi, et probablement sans les précautions suffisantes.

Dans trois cas où j'avais déjà enlevé les annexes, j'ai dû pratiquer un curettage secondaire, une fois pour une métrite consécutive à une pyo-salpingite, et qui a été guérie par ce procédé.

Deux fois pour des hémorrhagies que n'avait pas tari la castration pratiquée pour des fibromes ; dans un cas, la dilatation suivie du simple curettage a suffi ; dans un autre cas, j'ai pu, par ce procédé, enlever un assez grand nombre de fibromes sous-muqueux: le gros fibrome sous-péritonéal restant n'a plus causé d'accidents. Je puis donc me résumer en disant que le curettage m'a donné des résultats excellents et durables dans la métrite hémorrhagique, de bons résultats, mais moins complets, dans l'endométrite purulente, et un résultat absolument nul dans le traitement de la salpingite.

J'affirme même que le curettage mal fait peut provoquer la salpingite. Comme M. Bouilly, je fais un chapitre à part des cas de métrite du col, qui réclament autre chose.

M. Terrillon. Je n'ajouterai que quelques mots aux réflexions que j'ai déjà faites dans la dernière séance à propos du manuel opératoire du curettage de l'utérus.

Je rappellerai seulement que je pratique toujours la dilatation en deux et quelquefois trois séances, en graduant le volume des laminaires, et en commençant toujours par une laminaire de diamètre petit.

De cette façon, j'obtiens une dilatation suffisante pour pouvoir introduire le doigt dans l'utérus; cette exploration avec le doigt, qui permet de juger de l'état de la muqueuse, me semble très importante.

Cette dilatation ainsi pratiquée ne donne que des douleurs insignifiantes pour la plupart au début; elles ne persistent jamais, aussi je n'ai pas vu de malades se plaindre.

Jamais je n'ai noté les vomissements indiqués par M. Terrier, ni aucun autre inconvénient digne d'être noté.

Toujours j'ai donné du chloroforme, sauf dans deux cas.

Le grattage et les cautérisations consécutives sont faites suivant

l'usage adopté par la plupart des chirurgienss, je me sers presque exclusivement de glycérine créosotée au dizième, de chlorure de zinc au dizième et de solution concentrée de perchlorure de fer.

Dans la dernière séance, j'ai annoncé que j'avais pratiqué 63 curettages dans mon service de la Salpêtrière, quelques-uns dans ma pratique privée. Des notes ont été prises avec soin sur ces malades, que j'ai pu suivre pour la plupart.

La première de ces interventions a été faite au mois d'avril 1885. Depuis cette époque, j'en ai pratiqué en moyenne une quinzaine chaque année. Il faut noter avec soin ce fait important que dans aucun cas je n'ai vu survenir ni accidents ni inconvénients d'aucune sorte. Ces interventions peuvent se diviser en séries qui sont :

Quinze pour métrites hémorrhagiques. Les hémorrhagies paraissent n'avoir pas d'autre cause que la maladie de la muqueuse utérine, fongueuse et hypertrophiée.

Ici le curettage m'a semblé très utile, au moins dans la plupart des cas, douze fois sur quinze.

Dans les cas où il a échoué, il m'a suffi de faire une autre intervention à quelques mois de distance pour avoir un résultat.

Cependant cette récidive de l'hémorragie m'avait tellement frappé que j'ai employé, mais seulement dans ces cas, après le curettage et la cautérisation, le tamponnement de la cavité avec une longue mèche de gaze iodoformée, ce qui m'a donné des succès plus durables et plus rapides, ainsi que je l'ai déjà expliqué dans la séance dernière.

Trente-deux malades atteintes de métrite muqueuse, avec fongosités, écoulement purulent ou puriforme abondant de l'utérus volumineux.

Dans vingt et une interventions le résultat a été parfait, l'écoulement a disparu et l'utérus a diminué rapidement de volume.

Mais pour les onze autres cas les résultats ont été moins nets, passagers, et aussi je n'ai pu obtenir de renseignements très précis sur les suites éloignées.

Cependant dans cette forme de lésion je crois que l'intervention par le curettage, à cause de sa bénignité, doit toujours être tenté et au besoin renouvelé.

Les quatre cas dans lesquels j'ai employé le curettage pour remédier à des écoulements sanguins ou sanguinolents dus à la présence de sarcome de l'utérus m'ont donné des résultats assez curieux. Le curettage m'a permis d'extraire des morceaux de muqueuse au moyen desquels le diagnostic a été affirmé à peu près. Il est vrai que cet examen confirmait les données fournies par l'examen clinique. Ici le curettage rend des services signalés au point de vue

du sang. Chaque fois, après une dilatation étendue, un raclage énergique et une cautérisation avec le chlorure de zinc, j'ai obtenu l'arrêt momentané des hémorrhagies. Dans ces cas, il fallut deux séances de curettage.

J'ai presque toujours obtenu la transformation de l'écoulement sanguinolent en écoulement séreux ou séro-puriforme (l'hydrorrhée si bien décrite dans les cancers du col). Quant à cet écoulement même, on ne peut que le diminuer momentanément, mais il persiste quand même.

On ne produit donc aucun résultat important au point de vue de la guérison, mais on modifie l'écoulement et on tranquillise les malades en diminuant leur état d'affaiblissement.

Une malade que je soigne actuellement et qui était prise de fièvre et pertes sanguines continues datant de quinze mois, très affaiblie, a vu son état s'améliorer.

J'ai fait deux grattages suivis de cautérisation, et deux dilatations suivies seulement de l'attouchement avec des tampons créolinés et pointes de feu. Cette malade est très sensiblement améliorée malgré les progrès du mal.

Je rappellerai encore, car ces faits doivent être signalés d'une façon particulière, que chez douze malades portant des signes évidents et bien nets de salpingite bilatérale, mais ayant des hémorrhagies ou des pertes purulentes abondantes, j'ai pratiqué le curettage précédé de la dilatation.

Ici je n'ai eu que des résultats passagers ou nuls ; les malades ont souffert, et aucune n'a eu une amélioration durable.

Chez huit d'entre elles, j'ai été obligé d'enlever les organes malades : l'examen des pièces ne laissait aucun doute sur l'impossibilité de la guérison par l'intervention intra-utérine. J'ai également enlevó des annexes malades à plusieurs femmes qui avaient subi une ou deux séances de curettage sans succès.

Je terminerai en disant que cette intervention est bénigne, inoffensive, quand on prend les précautions nécessaires et indispensables. Elle rend de grands services quand on l'emploie dans les cas où elle est nettement indiquée.

L'indication principale est la présence d'un écoulement puriforme, purulent ou hémorrhagique venant de la muqueuse utérine, alors qu'on ne trouve pas d'autres explications à ces écoulements ou d'autres maladies concomitantes.

M. Richelot. Messieurs, il est bon que tous ceux d'entre nous qui ont une assez longue habitude du curage utérin disent leur opinion à propos du mémoire de M. Bouilly. L'accord qui existe entre nous sur presque tous les points édifiera, nous devons l'espérer,

les médecins qui ont encore une certaine défiance contre cette méthode et ceux qui l'appliquent sans règles et souvent hors de propos.

Je vous demande la permission de continuer à dire *curage*. Le verbe *curer* désigne l'acte par lequel on purge l'utérus des produits morbides qui occupent ses parois ou sa cavité ; cet acte est un *curage*, on le fait avec une *curette*. Pourquoi, avec ce dernier terme, créer un nouveau verbe « cureter », un nouveau substantif « curettage » ? C'est un abus de mots dont il existe beaucoup d'exemples dans notre langue, et auquel je ne trouve aucun profit. Mais n'insistons pas sur ce mince détail.

Avant l'année 1889, j'ai fait à l'hôpital Bichat ou ailleurs une vingtaine de curages. Quelques-uns sont consignés dans la thèse de M. Péraire. Curages simples ou accompagnés d'une opération plastique sur le col ; je vous dirai tout à l'heure pourquoi il m'est impossible de séparer, comme l'a fait M. Bouilly, ces deux ordres de faits. Dans cette première série, comme dans la suivante, je n'ai pas eu le plus léger accident, et j'ai acquis promptement la certitude que l'opération bien faite est d'une innocuité absolue.

Depuis que je suis entré à l'hôpital Tenon, c'est-à-dire depuis le 1er février 1889, j'ai continué à user de ce traitement, et je pense aujourd'hui qu'il est bien difficile de trouver une méthode qui puisse donner, dans les mêmes cas, des résultats plus heureux et plus constants. Les courtes réflexions qui suivent s'appuient principalement sur cette nouvelle série, qui forme une statistique de 51 observations recueillies dans l'espace d'un an, et relatives à des métrites muqueuses, muco-purulentes ou hémorrhagiques.

Je ne puis guère donner dès maintenant un chiffre de guérisons, car il y a des opérées encore trop récentes. Mais presque toutes mes malades, y compris celles de la première série, sont restées longtemps ou sont encore en observation. Celles que j'ai perdues de vue, et qui datent des années précédentes, ont été examinées, sauf un très petit nombre, pendant plusieurs mois après mon intervention ; celles de 1889 sont toutes sous ma main. De telle sorte que, si je mets à part une dizaine de disparues, la guérison est acquise et ancienne pour le plus grand nombre, déjà assurée pour quelques-unes, et les insuccès complets ou relatifs, sur un total de 70 cas environ, se résument dans une catégorie de 17 malades affectées de lésions péri-utérines, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

Quant au manuel opératoire, je crois, avec M. Terrier, qu'il est quelquefois nécessaire, et toujours bon, de faire durer la dilatation plusieurs jours ; étant poussée très loin, elle amène une détente favorable, elle permet une exploration complète de la cavité, elle

facilite la manœuvre, qu'on fait souvent trop sommaire, en négligeant le fond de l'utérus et l'orifice des trompes. Mais j'avoue que, dans la pratique, je me contente souvent de trois laminaires, et même de deux; il arrive qu'on est mis en demeure de ne pas différer l'opération principale, et dans les cas simples on peut céder sans inconvénient. Il m'a semblé, d'ailleurs, que toutes les formes de curettes convenaient également bien; le tout est de savoir ce que doit être la manœuvre intra-utérine.

Il y a des médecins, et même des chirurgiens, qui mettent le spéculum, introduisent sans préparation la curette de Récamier, parce qu'elle est plus mince que les autres, la tournent trois ou quatre fois dans les utérus, écorchent un peu la muqueuse et se retirent satisfaits.

J'insiste sur la durée du grattage. L'utérus étant abaissé avec une pince à traction, il faut passer plusieurs fois sur tous les points, en suivant un ordre méthodique et en n'oubliant pas la forme de la cavité. Il faut regarder ce qu'on enlève, continuer tant qu'on ramène des lambeaux de muqueuse, et s'arrêter quand il ne sort plus rien ou quand on voit au bout de la curette une parcelle musculaire. Je me rappelle toujours une malade que j'opérais l'année dernière à Tenon, quand on vint m'annoncer qu'une pauvre tétanique de la salle avait une attaque violente, ce qui me fit abandonner la curette et la confier à un de mes internes. L'opération fut achevée par une main très soigneuse, mais encore jeune dans la pratique; le catarrhe muco-purulent continua. Quinze jours plus tard, ne voyant aucune autre cause d'insuccès, je recommençai la manœuvre, et cette fois l'utérus devint sec et la malade guérit parfaitement.

Faut-il gratter le col avec énergie, comme l'a dit M. Terrier? J'avoue que, pour les mêmes raisons que lui, c'est-à-dire à cause des glandes cervicales, de la profondeur des lésions et de la ténacité du catarrhe, je fais plutôt l'inverse. Mais entendons-nous bien: si je n'insiste pas sur le grattage du col, c'est parce qu'il est ou sain ou *incurable*. On rencontre assez rarement une endométrite, justiciable d'une action intra-utérine sérieuse, avec un col petit et rose. Dans ces cas-là seulement — j'en ai vu quelques-uns — je me borne au curage simple, et alors, je ne vois rien de particulier à faire dans la cavité cervicale. Si, au contraire, il y a une métrite invétérée du col, on a beau le gratter, sa muqueuse épaisse et anfractueuse adhère solidement, la curette écorche le tissu sans ramener de lambeaux, c'est une manœuvre absolument insuffisante. J'ai pu le démontrer aux élèves de mon service en ouvrant un utérus que je venais d'enlever par l'hystérectomie vaginale : la muqueuse du corps se laisse abraser facilement sur tous les points,

en quelques instants la curette a mis à nu la paroi musculaire ; mais essayez sur le col, et vous verrez la résistance. Aussi n'hésité-je pas, en présence d'un gros col, à joindre au curage l'opération d'Emmet ou celle de Schrœder. La déchirure latérale avec ectropion de la muqueuse n'est pas la seule indication d'une résection anaplastique. Il y a des cols hypertrophiés, pseudo-ulcérés, sans déchirure ; il y en a qui n'ont pas même la pseudo-ulcération ; ces deux variétés se trouvent bien d'une opération qui diminue leur masse et enlève leurs œufs de Naboth. C'est précisément au col d'Emmet (avec déchirure) que je n'applique pas ordinairement l'opération d'Emmet, parce que j'aime mieux emporter largement toute la muqueuse malade par le procédé de Schrœder, et je garde la résection bilatérale pour les cols gros et durs dont la muqueuse me paraît moins altérée. En tout cas, il faut agir sur la région cervicale, et le grattage est insuffisant. On admet trop facilement que ces cols hypertrophiés n'ajoutent rien à la maladie ; on dit trop vite qu'il n'y a « rien au col » ; et puis, tout le monde peut ou croit pouvoir faire le grattage, tandis que la résection anaplastique est une opération délicate. Je suis convaincu, pour ma part, que beaucoup d'insuccès du curage tiennent à ce qu'on l'a fait tout seul, en négligeant la métrite cervicale ; je pense que, pour un grand nombre de métrites, le meilleur traitement est la combinaison du curage et de l'opération plastique. Je trouve, dans mes 51 observations de l'année dernière, 19 curages simples et 32 avec opération de Schrœder ou d'Emmet.

Je fais toujours, en terminant, le badigeonnage de la cavité utérine avec la glycérine créosotée, et j'y place un crayon d'iodoforme. Tampons iodoformés dans le vagin pendant quatre ou cinq jours, puis lavages avec le sublimé. La malade se lève au bout de huit jours après le curage simple, ou deux semaines s'il y a eu résection du col.

Je n'ai pas peur des injections ; mais ici encore, il faut s'entendre. Une injection est antiseptique ou elle ne l'est pas ; si, pendant la période opératoire, quelques jours après un avivement de la cavité utérine ou une suture du col, vous permettez à la malade de s'introduire dans le vagin de l'eau de guimauve, de l'eau de feuilles de noyer ou même de l'acide borique avec une canule sale, évidemment elle peut se réinfecter. Mais le sublimé a la prétention de détruire les germes ; ce qu'on trempe dans le sublimé est aseptique par définition, et je ne vois pas comment une canule portant du sublimé sur le col peut être une cause d'inoculation. Je crois certes aux infections secondaires ; une malade, bien guérie de sa métrite, peut en contracter une seconde, si elle accouche de nouveau ou s'expose à certains virus ; mais peut-elle retomber ma-

lade parce qu'elle se lave quand elle est rentrée chez elle, et les injections « de propreté » sont-elles si funestes ? Je pense qu'il est excessif de les représenter ainsi. En tout cas, celles que prescrit le chirurgien, avec un agent efficace comme le sublimé, réalisent facilement l'antisepsie vaginale, après l'opération comme avant, et je les crois utiles.

Le curage doit échouer le plus souvent, sinon toujours, quand il y a des lésions prononcées des annexes. Mais dans les cas de lésion récente et peu grave, de salpingite catarrhale à parois minces ? Impossible de dire à quel moment précis la trompe malade peut encore être heureusement influencée par la guérison de la métrite, c'est-à-dire, en somme, par la guérison du foyer d'où part l'infection qui aboutit aux annexes. Mais, théoriquement, n'est-ce pas admissible, et toutes les doctrines — extension de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire, ou propagation par les lymphatiques — ne peuvent-elles s'en accommoder ? N'est-ce pas conforme à tant de faits cliniques observés dans d'autres régions ? Il m'est impossible de repousser les exemples donnés par M. Trélat et par d'autres auteurs ; les faits sont peu nombreux, mais ils ne sont pas niables. Et j'ajoute qu'il est utile de les connaître et de ne pas les accueillir avec trop de scepticisme ; car on peut avoir besoin d'y croire un peu et de tenter la chance sur ce terrain. A l'hôpital, on fait ce qu'on veut; mais à certaines femmes il est difficile de prouver qu'elles ont déjà des lésions qui obligent à leur ouvrir le ventre. Il est bon de pouvoir commencer le traitement d'une métrite autrement que par la laparotomie. Sur les « métrites simples » que nous guérissons, j'imagine qu'un certain nombre n'étaient pas sans quelque lésion obscure de voisinage. Si nous arrivons trop tard, si la complication marche de l'avant et fait échouer nos premiers efforts, nous avons perdu seulement quelques semaines ou quelques mois, mais nous avons gagné de faire comprendre à la malade la nécessité d'une intervention décisive.

Cela dit, je reconnais qu'il y a loin de ces tentatives réservées, et quelquefois heureuses, aux traitements irréfléchis qu'on propose souvent de la façon la plus banale à toute femme qui souffre et a des pertes blanches, sans avoir un instant l'idée de rechercher l'état des annexes. Il m'est arrivé plusieurs fois de reconnaître au premier examen la nécessité d'une laparotomie, chez des femmes à qui on avait présenté le curage comme le remède infaillible. Il faut bien savoir que, si le traitement de la cavité utérine modifie quelquefois certains foyers aigus ou subaigus de périmétrite, il ne peut rien, en général, contre les lésions établies et progressives ; là-dessus, mon expérience personnelle ne diffère

pas de celle de mes collègues. Les 17 cas dont j'ai parlé tout à l'heure comme étant des insuccès de curage étaient des métrites compliquées de lésions tubaires ou ovariennes : trois malades, d'abord améliorées, restent souffrantes parce qu'elles ont refusé la laparotomie ; quatorze ont subi secondairement l'ablation des annexes. Or, ces dernières prêteraient à une analyse intéressante. Une d'elles, après une opération simple et bénigne, a été prise de tétanos au douzième jour ; c'est un de mes désastres les plus cruels, dont je vous ai déjà entretenus. Sur les 13 autres, je compte 9 guérisons facilement obtenues ; 2 névropathes chez lesquelles l'ablation des ovaires n'a pas d'abord paru plus triomphante que le curage lui-même, mais qui ont fini par se calmer tout à fait et par être enchantées de leur sort ; 2 enfin qui ont eu un retour de douleur et de catarrhe utérin. Chez l'une, j'ai fait un nouveau curage, puis une dilatation prolongée, énorme, suivie du tamponnement intra-utérin et de badigeonnages créosotés. La seconde est en train de subir un traitement analogue, et sa guérison n'est pas moins certaine.

En effet, ce reste de catarrhe et de douleurs après la castration ovarienne disparaît avec des soins, ou même spontanément ; si bien qu'en présence d'une maladie avérée des annexes obligeant à ouvrir le ventre, il est inutile de se préoccuper des écoulements utérins. Le traitement préalable de la métrite est le plus souvent de nulle valeur ; le catarrhe résiste à la curette avant l'opération, après elle il cède facilement. Témoin, entre autres exemples, une danseuse de l'Eden qui avait les annexes très malades, et en même temps un gros col béant et du muco-pus en abondance ; j'enlevai les trompes et les ovaires sans m'occuper de l'utérus ; à peine relevée de l'opération, le col revenait sur lui-même, les pertes blanches disparaissaient, et quelques mois plus tard la danseuse reprenait son métier fatigant.

Vous voyez que les 17 malades qui n'ont retiré du curage aucun bénéfice durable avaient des lésions tubo-ovariennes. Je pourrais dire, en mettant à part les quelques disparues sur lesquelles je n'ai pas de renseignements suffisants, que le curage bien fait et bien indiqué réussit à peu près toujours, et que la vraie cause des échecs est la présence des complications pelviennes de la métrite. En parlant ainsi, je ne m'éloigne pas sensiblement de l'opinion de M. Bouilly, qui attribue comme moi la plupart des insuccès à une mauvaise technique opératoire, aux lésions de la métrite cervicale — je l'ai dit plus haut — enfin et le plus souvent aux lésions péri-utérines.

Il importe, en résumé, de savoir que le curage ne doit pas être appliqué à tort et à travers, et qu'il est presque toujours insuffi-

sant contre les maladies avérées des ovaires et des trompes. Je le dis à mon tour d'autant plus volontiers que cette affirmation ne risque plus de le discréditer. Si j'en crois les jugements qui viennent d'être émis sur son compte, il est bien établi que le curage amène la guérison complète et définitive de nombreuses métrites simples et justiciables d'une intervention localisée à l'utérus. Il me paraît même que nous venons d'obtenir, sur ce point, une concession importante : notre excellent collègue Championnière a bien voulu dire que, présenté avec mesure, le curage était une opération permise, et qu'après tout il n'en était pas l'ennemi irréconciliable. N'est-ce pas lui, cependant, qui a écrit dans un récent travail [1] : « On doit inaugurer une ère toute nouvelle dans les maladies *dites utérines*... On a cru tour à tour que les ulcérations du col, les déplacements utérins, les rétrécissements, les variétés extraordinairement nombreuses de métrites étaient causes du mal... De notre temps même, nous voyons ressusciter la métrite fongueuse ; avec elle revient le curage de l'utérus, perfectionné et généralisé... Ces engouements et ces changements témoignent d'une erreur complète dans l'étude des maladies des femmes. Nos recherches nouvelles et surtout nos nouvelles opérations abdominables paraissent devoir nous donner l'explication de ce mystère. L'utérus même, quand on y regarde d'un peu près, ne paraît pas propre à donner lieu à des manifestations symptomatiques bien intenses. On pourrait presque poser en principe que, lorsqu'une femme a des *douleurs vives*, elle est atteinte de quelque affection autre qu'une *lésion utérine*... Celles traitées par les procédés les plus anciens ont subi des cautérisations du col, ont porté des pessaires et des sachets ; celles traitées par les procédés les plus modernes ont eu les injections chaudes, les opérations d'Emmet, les incisions et les dilatations du col ; celles de la dernière mode ont eu le curettage. Tous ces traitements ont quelquefois amendé d'une façon passagère les symptômes, probablement en obligeant les femmes à se reposer et à se soigner, quelquefois par une saignée locale... » N'est-ce pas encore M. Championnière qui a reproché aux « petites interventions sur l'utérus », dilatation et curage, de s'adresser « à une lésion qui n'existe pas, la fameuse métrite muqueuse » ? N'est-ce pas lui qui, dans une de nos discussions sur les rétrodéviations, nous affirmait de nouveau qu'une opération faite sur l'utérus ne donne jamais que des résultats temporaires, qu'il faut faire d'emblée la laparotomie, aller droit aux ovaires, les enlever s'ils sont malades, et se contenter, si on les trouve en bon

[1] J. Lucas-Championnière, Ovarite ; salpingite : adhérences (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, août 1889).

état, de les remettre à leur place, de rompre quelques adhérences dans les profondeurs pelviennes?

Il y a beaucoup de vérité et beaucoup d'esprit dans la critiqne dirigée par notre collègue contre les traitements irréfléchis qu'on fait subir à l'utérus, en laissant de côté les maladies des annexes par ignorance ou par crainte d'une opération. Mais cette critique a un tort, c'est de faire table rase des métrites simples, qui sont encore assez nombreuses et peuvent guérir par un traitement local, nous en donnons en ce moment les preuves. Notre collègue reconnaît aujourd'hui que M. Bouilly tient en faveur du curage utérin un langage à la fois prudent et persuasif. Je ne sais lequel des deux il faut féliciter davantage, ou celui qui se montre avocat si habile, ou celui qui se laisse gagner par des arguments sérieux et réserve les ardeurs de sa polémique pour les abus, l'ignorance et le charlatanisme.

La conclusion que je tire pour aujourd'hui de la discussion soulevée si à propos par M. Bouilly, c'est que le curage utérin est excellent, à la condition d'être bien fait et suivant des règles précises; qu'il a des applications fréquentes et donne la guérison vraie des métrites simples ; enfin, qu'en présence des altérations nettement établies et progressives des ovaires et des trompes, s'il a quelques succès remarquables, inespérés, qui empêchent de le proscrire toujours, d'une façon générale on ne doit pas compter sur lui.

M. Championnière. Je ne comprends pas très bien pourquoi M. Richelot a cru devoir apporter dans ce débat la critique d'une de mes publications. Sans entrer dans une discussion qui pourrait nous mener très loin, il m'est bien permis de vous montrer que sa critique n'a rien de justifié. J'ai été un des premiers à faire remarquer que le travail de M. Bouilly était excellent et méritait toute notre attention. J'ai dit que le grand mérite de ce travail est précisément d'établir les indications du curettage avec modération. Or, ce que j'ai critiqué, moi, c'est l'abus d'une méthode qui est devenue pour bien des gens une panacée telle que toutes les maladies des femmes, même les plus douloureuses sont prétexte à curettage, comme toutes ces maladies ont été le prétexte des cautérisations du col, des pessaires, des opérations d'Emmet et de bien d'autres pratiques aussi peu justifiées.

Pour ce qui concerne l'extrême fréquence des maladies des annexes et les erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent lieu, M. Richelot, vous citant un passage détaché de ma brochure, ne peut que vous donner une idée très fausse de mes opinions.

J'ai avancé dans cette brochure que les maladies des femmes

qui déterminent des douleurs vives sont habituellement des maladies des ovaires et des trompes, ou des lésions occupant cette région. Les maladies de l'utérus donnent surtout des douleurs sourdes, des sentiments de pesanteur, des écoulements, et ce sont celles-là seulement qui sont justiciables du curettage. C'est la laparotomie qui nous a appris l'extrême fréquence des maladies de la région des annexes, qui nous a permis de constater que les troubles que l'on attribuait jusqu'ici à toute autre cause leur appartient bien en propre, et je suis bien convaincu que tous ceux qui ont une large pratique de la laparotomie auront une opinion absolument conforme à la mienne. Dans ces cas, toute la médication faite sur l'utérus peut tout au plus soulager un instant la malade par le repos et l'arrêt de la perte de sang. Mais cette médication ne fait rien sur la lésion des annexes et peut aggraver la situation. Dans l'état actuel des connaissances gynécologiques, l'erreur de diagnostic sur laquelle j'insiste est fatalement la règle; il n'y a pas lieu d'en vouloir à ceux qui la font; mais il est bon de signaler la situation pour changer le fonds d'une thérapeutique qui n'est pas justifiée. Or, ce grand phénomène de la douleur peut être un guide précieux qui nous mettra en défiance dès la première minute de notre examen. Pour ma part, je ne compte plus les cas où les femmes sont venues me trouver en me disant qu'elles avaient des métrites, des ulcérations du col, des déplacements de matrice, et où le seul récit, la seule description de leurs douleurs, me permettaient d'affirmer à l'avance que nous avions affaire à des lésions des annexes, dont un examen attentif nous permettait de trouver tous les signes et dont l'opération démontrait la réalité et la gravité.

M. Richelot me fait dire que j'admets qu'il n'existe pas de déplacement utérin déterminant des accidents parce qu'il existe toujours des maladies des annexes. Je n'ai rien dit de semblable. Je me suis contenté d'affirmer que la difformité, que le déplacement utérin, étaient, beaucoup plus rarement qu'on ne se le figure, la cause des douleurs que l'on observe dans ces cas, douleurs qui ont leur origine fréquente dans les maladies des annexes. J'ai même dit que c'était là un des motifs de ma prédilection pour la fixation de l'utérus par la laparotomie, parce qu'elle permet de faire un examen des ovaires et de pratiquer leur ablation si on constate leur état de maladie. Je ne me suis pas contenté d'affirmer, mais j'ai donné des preuves à l'appui tirées de ma propre expérience. J'ai eu l'occasion, après avoir ouvert le ventre avec l'intention de fixer l'utérus, de constater à la vue un état maladif des ovaires. J'ai enlevé les ovaires sans replacer l'utérus. Toutes douleurs ont disparu, et cependant l'utérus est toujours déplacé. Dans un autre

cas, j'avais fixé l'utérus en respectant les ovaires, qui m'avaient paru sains. J'ai dû réopérer la malade six mois plus tard, parce qu'elle souffrait toujours, et j'ai trouvé alors les ovaires manifestement malades.

Mais l'inverse m'est arrivé aussi dans un cas où j'avais lieu de redouter des lésions ovariennes compliquant une rétroversion marquée, la laparotomie m'a permis de constater la bonne apparence des ovaires. Je les ai laissés en place en fixant l'utérus, et, depuis un an, la malade est restée bien guérie. Vous voyez que j'ai de bonnes raisons de considérer comme excellente et pleine de ressources cette méthode de la fixation de l'utérus par la laparotomie. De plus, les observations que je viens de citer prouvent encore une fois que j'avais raison d'affirmer que les maladies à douleurs vives sont celles qui affectent les annexes. Le fait est absolument manifeste dans l'étude des déplacements utérins.

Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur les faits qui sortent un peu de la discussion actuelle, mais je tenais à bien établir que l'on peut protester contre les abus d'une méthode de thérapeutique, sans la proscrire dans tous les cas. Je tenais aussi à établir que les maladies des annexes, encore bien incomplètement étudiées, jouent un rôle considérable dans la pathologie des femmes et sont l'origine de la plupart des vives douleurs et surtout de douleurs avec localisations précises, que bien des médecins continuent à attribuer à l'utérus lui-même et à traiter en conséquence.

Communication.

Sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate),

Par M. Paul Berger.

L'on sait quelles fâcheuses conséquences entraîne la rétraction cicatricielle, à la suite des pertes de substances très étendues des téguments du cou, telles que celles que produisent les brûlures.

Les cicatrices de cette nature, lorsqu'elles occupent une des moitiés latérales du cou, déterminent l'inflexion permanente de la tête qui se trouve attirée vers la région claviculaire et vers l'épaule correspondante, la limitation, sinon l'abolition des mouvements du cou, et une gêne notable de toutes les fonctions dont la mobilité de la face est la condition essentielle. Il s'y joint une difformité qui résulte de l'existence de brides saillantes, tendues

de la région pectorale au bord inférieur de la mâchoire, brides qui font disparaître les particularités normales à la configuration de la région sus-hyoïdienne, qui attirent en bas la commissure labiale et le bord libre de la lèvre inférieure en en déterminant parfois le renversement complet, et dont la traction fait sentir ses effets jusqu'aux ailes du nez, jusqu'à la paupière inférieure elle-même, qui présente une certaine tendance à se mettre en ectropion.

Pour remédier à cet état de choses, j'ai eu recours à un procédé d'autoplastie qui consiste essentiellement dans l'interposition, entre les deux moitiés de la cicatrice, divisée à sa partie moyenne par une section transversale demi-circulaire, comprenant toute la demi-circonférence du cou, d'un ou deux très grands lambeaux, empruntés aux régions avoisinantes, au dos, au thorax, et placés autour du cou comme une demi-cravate de peau saine, mobile, extensible, interrompant la continuité de la cicatrice et permettant aux parties de reprendre leur disposition naturelle.

Description du procédé.—Je suppose qu'il s'agisse, comme chez le malade que je vais vous présenter, d'une cicatrice, consécutive à une brûlure, occupant toute la partie latérale du cou, et s'étendant du rebord de la mâchoire inférieure, de l'oreille, de la région mastoïdienne, jusqu'à la région pectorale, au moignon de l'épaule, à la fosse sus-épineuse, d'une part; de la ligne médiane des régions sus- et sous-hyoïdiennes à la nuque, d'autre part; voici comment je procède :

1er *temps : Avivement.* — Une incision demi-circulaire, pratiquée transversalement à la partie moyenne du cou, dans toute l'étendue de la cicatrice d'avant en arrière, divise celle-ci en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure. Pour permettre l'écartement des lèvres de cette incision, à ses deux extrémités, antérieure et postérieure, on fait tomber sur elle deux petites incisions verticales ou légèrement obliques, conduites à l'union de la cicatrice et de la peau saine, et transformant l'incision demi-circulaire transversale en un H dont la barre transversale est très allongée. Ces incisions doivent comprendre toute l'épaisseur du tissu cicatriciel; il faut donc procéder avec une grande prudence et à très petits coups, surtout quand la cicatrice s'étend en profondeur. On ne s'arrête dans cette division des tissus fibreux que lorsque l'on trouve partout, au fond de l'incision, soit du tissu musculaire, soit du tissu cellulaire, présentant leurs caractères normaux. En agissant de la sorte, on intéresse presque toujours quelques gros troncs veineux, la veine jugulaire externe et quelques-unes de ses branches : il faut être prêt à les saisir aussitôt et à les lier si cela est nécessaire.

Lorsque l'incision est arrivée partout aux tissus normaux, on

favorise l'écartement des lèvres de cette incision en libérant ces lèvres de leurs adhérences avec les parties profondes sur une certaine étendue : cette dissection ne doit se faire qu'avec les doigts, ou des instruments mousses, pour éviter la lésion des troncs vasculaires ou nerveux dont on devine le trajet plutôt qu'on ne peut le voir; elle est poursuivie jusqu'à ce que la tête se soit redressée, qu'elle ait repris toute sa mobilité, et qu'entre les bords de l'incision il existe une large zone où les tissus normaux soient laissés à nu par leur écartement.

2e *Temps : Formation du lambeau.* — Partant de la nuque et descendant sur la région scapulaire, on dessine alors un vaste lambeau quadrilatère allongé, dont la base ou pédicule soit la partie la plus supérieure, et corresponde plus ou moins haut à la nuque ; dont l'extrémité libre ou sommet vienne à peu près aboutir à la fosse sous-épineuse ou à l'angle inférieur de l'omoplate ; dont les bords latéraux, parallèles, légèrement obliques en dehors et en bas, aient une longueur suffisante pour que ce lambeau, relevé et porté sur la perte de substance créée par l'incision de la cicatrice, puisse combler d'arrière en avant toute l'étendue de cette perte de substance, son sommet venant s'unir à la peau saine de la région sous-hyoïdienne, ses bords latéraux externe et interne correspondant aux lèvres supérieure et inférieure de la division de la cicatrice.

Pour être sûr que ce lambeau aura des dimensions suffisantes, j'ai coutume de le dessiner à l'avance sur la région où il doit être pris, en me servant d'un patron de makintosh dont la forme et la longueur sont calquées sur celles de la perte de substance qu'il s'agit de combler.

Ce patron, alternativement placé sur celle-ci et sur la région où le lambeau doit être taillé, me permet de déterminer avec la plus grande exactitude le siège précis que doit occuper le pédicule du lambeau, la direction et l'obliquité qu'il faut lui ménager pour que ce pédicule comprenne le plus grand nombre de vaisseaux nourriciers et que la torsion soit aussi faible que possible; les dimensions exactes qu'il faut donner au lambeau, l'obliquité que doit avoir son bord libre pour que celui-ci vienne correspondre sans effort à la peau à laquelle on l'unira par la suture.

On peut dire en général que ce lambeau doit avoir 12 à 15 centimètres de long, mais qu'il peut en avoir de 18 à 20 sans danger pour sa vitalité, s'il a été formé suivant les règles. Il doit être large de trois à quatre travers de doigt. Sa direction générale est oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; sa base doit être oblique elle-même par rapport à la région spinale, où les incisions qui la limitent doivent commencer l'une au-dessus de l'autre

sur la ligne des apophyses épineuses cervicales, afin de comprendre le plus grand nombre possible des branches artérielles qui se distribuent à ce niveau. Le sommet du lambeau doit être obliquement taillé, de telle sorte que son angle externe soit obtus, son angle interne aigu : cette disposition a pour effet, lorsqu'on relève le lambeau pour l'appliquer sur la plaie d'avivement, de rendre son bord libre perpendiculaire aux bords latéraux et par conséquent vertical. On me pardonnera d'entrer dans ces détails; pour obtenir un résultat plastique satisfaisant, il est nécessaire de les avoir prévus et fixés avec exactitude.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de calculer avec la rétraction du lambeau; si on lui donne un cinquième ou un quart de plus, dans toutes les dimensions, que n'a la perte de substance à laquelle il doit s'adapter, on aura largement compensé la diminution qui peut résulter de ce chef : les sutures feront le reste, et il n'est pas mauvais que ces grands lambeaux soient soumis à une traction légère, exercée sur leurs bords par les fils qui les unissent aux parties voisines, car l'état de tension modéré où ils se trouvent alors les applique plus intimement contre la surface qu'ils recouvrent, et favorise l'adhésion que doit contracter avec celle-ci leur face profonde. *Dans toutes les autoplasties à grands lambeaux, c'est l'adhésion en surface bien plus que la réunion des bords qu'il faut absolument rechercher et obtenir.*

On doit éviter de placer des ligatures sur le lambeau ou sur la surface d'avivement qu'il doit recouvrir; les fils, même résorbables, sont autant de corps étrangers qui s'opposent à cette adhésion intime et à la réunion qui en est la conséquence. L'hémostase doit être faite par la compression, ou en plaçant sur les principaux vaisseaux qui donnent, des pinces qu'on enlève au bout de quelques instants.

De tous les préceptes, le plus important est *de comprendre dans la dissection du lambeau la totalité du tissu cellulaire sous-jacent, avec son pannicule adipeux et sa couche lamelleuse.* — Vers le pédicule, on peut même relever avec lui un peu de l'aponévrose superficielle. Cette précaution n'a pas seulement pour but de ménager les vaisseaux qui se rendent à la peau et d'assurer ainsi sa vitalité; ces lambeaux sont destinés à restaurer les téguments en conservant la mobilité, la souplesse, l'extensibilité que ceux-ci doivent au tissu cellulaire qui les double, pour y arriver, il ne suffit pas de transplanter de la peau, il faut que celle-ci soit pourvue de la couche de glissement qui lui est sous-jacente, et que, transportée avec celle-ci sur une surface à laquelle elle s'unit par réunion immédiate, sans interposition de cicatrice, elle recons-

titue le tégument naturel avec son tissu cellulaire sous-cutané et toutes les propriétés que celui-ci lui donne.

Une longue expérience des transplantations effectuées avec de grands lambeaux pris soit au voisinage, soit à distance des parties qu'il faut recouvrir, m'a démontré que le tissu cellulaire, transporté avec la peau qu'il double, conserve ses caractères anatomiques et physiologiques, et que les lambeaux ainsi constitués sont doués d'une extensibilité presque illimitée, grâce à laquelle, des mois après l'opération, ils continuent à s'étendre, à s'allonger, à s'élargir en obéissant à la traction qu'exercent sur eux les parties voisines, de manière à recouvrir au bout d'un temps plus ou moins long une superficie beaucoup plus grande que celle à laquelle correspondaient leurs dimensions originelles.

3e *temps : Fixation du lambeau ; suture.* — Le lambeau, disséqué et relevé, est interposé entre les lèvres de la plaie d'avivement, de telle sorte que sa face cruentée s'applique sur la surface avivée, que son sommet corresponde à la peau saine de la région sous-hyoïdienne, que son bord externe, devenu supérieur, soit en rapport avec la lèvre supérieure de l'incision de la cicatrice, et son bord interne, devenu inférieur, avec la lèvre inférieure de cette dernière. On le fixe dans cette situation avec de très nombreux points de suture au crin de Florence ; ces points doivent être rapprochés de 5 en 5 millimètres au moins ; ils doivent être très superficiels et n'être pas assez serrés pour couper les parties qu'ils étreignent ni pour y arrêter la circulation, mais seulement autant qu'il le faut pour les maintenir au contact. Une attention toute particulière doit être donnée à la suture des angles où se produisent souvent de petites eschares, dues à ce que les points de suture, appliqués à ce niveau, ont été mal répartis.

On réunit également par la suture la plaie résultant de la dissection du lambeau. On commence par l'extrémité inférieure pour remonter vers le pédicule, en serrant chaque point de suture à mesure qu'on vient de le passer. En agissant de la sorte, on peut arriver, de proche en proche, à combler d'énormes pertes de substance d'une manière presque complète ; si même quelques-uns des fils ainsi placés coupent les tissus et s'il se produit un peu d'écartement secondaire, la durée de la réparation est très notablement diminuée.

Pansement ; soins consécutifs. — Un pansement au salol, légèrement compressif, recouvre toute la région. Il n'est point nécessaire de recourir à un appareil immobilisateur quelconque. Ce pansement n'est renouvelé que du dixième au quinzième jour, à moins qu'un peu de suintement n'oblige à le changer auparavant. A ce moment, on enlève les points de suture ; l'adhésion du lam-

beau doit être complète. On renouvelle le même pansement, dont on continue l'emploi jusqu'à ce que toutes les pertes de substance, toutes les surfaces à nu soient épidermisées.

Il peut arriver qu'un seul lambeau pris à la nuque et à la région scapulaire ne suffise pas à combler la perte de substance créée par l'incision qui a divisé la cicatrice : c'est ce qui a lieu quand celle-ci dépasse en avant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, qu'elle atteint la ligne médiane et s'étend même au delà. Il faut alors, au premier lambeau, joindre l'application d'un second que l'on dessine et que l'on taille sur la région présternale : ce lambeau, dont la direction est verticale, son pédicule étant pris vers la fourchette sternale ou vers la partie la plus interne de la région claviculaire opposée, est relevé et porté horizontalement à la rencontre du lambeau dorsal, auquel il vient s'unir par son bord libre. Il est taillé et disséqué suivant les mêmes règles. L'union de ces deux lambeaux complète la *demi-cravate* de peau saine qui se trouve ainsi interposée entre les lèvres de l'incision qui divise la cicatrice.

Parfois même, on peut être contraint d'ajouter à ces opérations l'application d'un lambeau pris à distance, sur le bras ou l'avant-bras, lambeau que l'on fixe sur la région du cou, en le laissant adhérent par son pédicule à la région d'où il a été tiré, jusqu'à sa parfaite adhésion avec la partie qu'il doit recouvrir. En matière de chirurgie plastique, il faut savoir modifier les procédés suivant les indications qui naissent de chaque fait particulier ; il n'en est pas moins nécessaire d'avoir déterminé à l'avance le but que doit remplir l'opération et les moyens qui permettront de l'atteindre : une autoplastie, même la plus simple, comme celles dont il vient d'être question, n'a chance de réussir qu'autant que chacun de ses temps a été minutieusement combiné et préparé d'avance.

J'insiste particulièrement dans cette communication sur les services que l'on peut obtenir de grands lambeaux largement pourvus de leur tissu cellulaire sous-cutané : ce sont les téguments normaux que l'on transplante en pareil cas, et que l'on transporte avec tous leurs caractères de souplesse, de mobilité, d'extensibilité, avec leur vitalité intacte, sur une région qui en était dépourvue : c'est sur ces lambeaux désormais que s'exercera l'action rétractile de la cicatrice, si elle continue à se produire ; elle n'aura d'autre effet que de les étendre, de les allonger, de les élargir, ainsi que j'ai pu l'observer en bien des cas. Ces téguments, conservant toutes les propriétés de la peau saine, ne courent nullement le danger de s'ulcérer ; jamais ils ne se rétractent, ne s'atrophient et ne deviennent le siège de troubles dystrophiques. Les autres méthodes de réparation n'ont rien de semblable à nous offrir, notamment la greffe de Thiersch, qui peut rendre les plus

grands services quand il s'agit d'amener à l'épidermisation un ulcère ou une perte de substance suppurante qui peut même, dans une certaine mesure, diminuer la tendance à la rétraction résultant de la cicatrisation de ces pertes de substance, en hâtant leur réparation; mais elle ne saurait empêcher cette rétraction de se reproduire une fois qu'elle s'est manifestée sur d'aussi larges surfaces, et qu'elle y a déterminé des déformations aussi prononcées.

La dissection de ces lambeaux ne présente d'ailleurs aucun inconvénient: nous avons vu que l'on peut toujours réunir presque complètement la plaie d'emprunt, en rapprochant graduellement ses bords par une suture bien faite. Les cicatrices qui résultent de ce chef sont constituées sur des régions couvertes par les vêtements et où elles ne se révèlent par aucune déformation, où elles ne peuvent entraîner aucune gêne des fonctions. Ce n'est pas la perte de sang ou les dangers de l'opération qui doivent en détourner les chirurgiens; les nombreux sujets sur lesquels j'ai pratiqué des réparations de cet ordre ne m'ont jamais paru vraiment éprouvés par l'action chirurgicale qu'ils avaient subie. Celle-ci est délicate par sa préparation plus que par son exécution; elle doit avoir été méditée d'avance; certains détails de la pratique peuvent être laborieux ou pénibles; mais ces difficultés sont l'affaire de l'opérateur, et elles diminuent beaucoup avec l'expérience qu'on acquiert dans les restaurations de cet ordre. Celles-ci rendent aux malades les plus grands services, et je ne puis comprendre le délaissement et l'oubli dont elles sont l'objet de la part de la grande majorité des chirurgiens, si entreprenants en bien d'autres matières, mais qui professent à l'égard de la chirurgie réparatrice la plus complète indifférence.

Pour ce qui est du genre particulier d'autoplastie que je viens de décrire, j'ai eu à le mettre en usage dans deux cas de cicatrices de brûlures très étendues ayant produit des difformités repoussantes et très gênantes pour les sujets qui en étaient porteurs.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme qui avait le menton fixé à trois travers de doigt de la région sternale et la tête infléchie sur le côté droit et absolument immobilisée par une cicatrice résultant d'une brûlure ancienne. Cette cicatrice s'étendait en éventail du bord de la mâchoire inférieure au sternum et de l'angle du maxillaire à la clavicule et à l'épaule qui était élevée. Il en résultait une impotence et une difformité qui empêchait la malade de se placer et de se livrer à aucun travail.

L'interposition d'un lambeau pris à la région scapulaire postérieure, entre les deux moitiés de cette cicatrice divisée par une hémisection demi-circulaire et transversale, occupant toute la

demi-circonférence correspondante du cou, rendit à la tête la plus grande partie de ses mouvements. L'action de ce lambeau, disposé en demi-cravate, fut complétée par l'adjonction d'un autre lambeau, taillé sur la région pectorale et relevé vers la région sous-hyoïdienne. Enfin, pour faire disparaître les brides cicatricielles qui persistaient à la région sus-hyoïdienne et lui donnaient un aspect difforme, j'appliquai sur cette région un lambeau pris à l'avant-bras par la méthode italienne, lambeau dont je ne sectionnai le pédicule que le treizième jour après son adaptation. Grâce à ces opérations, la restauration des mouvements du cou et de la tête est aujourd'hui complète; tout ce qui reste de difformité peut être caché par une cravate ordinaire, et l'opérée est en état de pourvoir à son existence par son travail.

Le deuxième cas concerne un jeune garçon que je vous présente. Six mois après une brûlure qui avait détruit toute une moitié des téguments du cou et de l'épaule, la rétraction cicatricielle était assez accentuée pour déterminer l'inflexion de la tête, avec impossibilité de tourner le visage du côté opposé, l'élévation forcée de l'épaule, l'abaissement de la commissure labiale correspondante et un commencement d'ectropion. Je divisai toute l'étendue de la cicatrice en question et j'interposai entre ses deux moitiés deux lambeaux pris, l'un à la région scapulaire postérieure, l'autre à la région présternale, lambeaux venant s'appliquer l'un à l'autre par leurs sommets et formant, autour du côté correspondant du cou, une demi-cravate cutanée complète. Vous pouvez juger vous-même du résultat obtenu et de l'entière disparition de toute difformité; vous pouvez apprécier également la vitalité de ces lambeaux, leur mobilité, leur souplesse, et constater qu'ils se sont prêtés à une élongation grâce à laquelle leurs dimensions se sont notablement accrues sans qu'ils aient rien perdu de leurs propriétés. Vous voyez, d'autre part, que les cicatrices déterminées par leur dissection sont aussi réduites que possible et ne peuvent être la cause d'aucun inconvénient.

Présentation de malade.

M. Delorme lit une observation de *résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes et des surfaces vertébrales correspondantes* (Commissaires : MM. Schwartz, Terrillon et Chauvel, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures et demie.

Pour le Secrétaire annuel,
S. Richelot.

Séance du 5 mars 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Leçons sur les anomalies de la réfraction et de l'accommodation, suivies de l'examen du sens chromatique et du champ visuel, faites à la Faculté de médecine de Bordeaux*, par M. Félix Lagrange (Paris, 1890 ; G. Steinheil) ;

3° *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 2e semestre 1889 ;

4° *Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures*, par M. Lucas-Championnière ;

5° *Ovarite ; salpingite ; adhérences ; maladies des annexes, lymphangite ; pathogénie, traitement ; opérations pour adhérences ; ablation unilatérale et bilatérale des annexes*, par M. Lucas-Championnière ;

6° *Observation de kyste hydatique de la mamelle*, par M. Dubreuil (de Montpellier), membre correspondant national ;

7° *Néphrectomie abdominale pour hydronéphrose chez une enfant de 10 ans ; guérison*, par M. Delétrez (de Bruxelles) (M. Le Dentu, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. Richelot. Je n'ai que deux mots à dire. Je voudrais dissiper le malentendu qui s'est élevé entre mon ami Championnière et moi à la fin de la dernière séance.

Mon collègue me reproche d'avoir dirigé contre lui une « attaque inattendue ». Pourquoi inattendue ?... Je suis sûr d'avoir discuté non seulement avec courtoisie, mais en rendant pleinement hommage à la vérité des critiques dirigées par lui contre certains abus de la thérapeutique utérine.

Il m'accuse de l'avoir cité de manière à lui faire dire ce qu'il n'a pas dit. Cependant, j'ai tenu à transcrire plusieurs passages en détail, précisément pour ne pas encourir le reproche de faire une citation tronquée. Je n'ai pas oublié, notamment, la phrase suivante : « On pourrait presque poser en principe que, lorsqu'une femme a des *douleurs vives*, elle est atteinte de quelque affection autre qu'une *lésion utérine.* »

C'est cette proposition qui nous divise ; il n'y a entre nous aucune équivoque. Par cette proposition, M. Championnière considère comme compliquées de lésions des annexes, et ne pouvant être guéries par un traitement local, une foule de métrites que nous trouvons simples et que nous guérissons très bien. Je dirai même que nous n'avons guère à traiter les femmes qui ne souffrent pas ; toutes nos malades ont des douleurs, et beaucoup ont des « douleurs vives ». Le curage les dissipe merveilleusement.

M. Championnière veut bien qu'on discute avec lui dans quelle proportion se rencontrent ces lésions péri-utérines. Je n'ai pas discuté autre chose. J'ai reconnu largement les influences de ces lésions sur les échecs du traitement local ; seulement, j'ai reproché à notre collègue d'avoir fait table rase des métrites simples et de leur guérison par la thérapeutique utérine proprement dite. Ai-je eu tort de dire « table rase » ? Qu'on se reporte aux phrases que j'ai citées, et je pense qu'on ne m'accusera pas d'avoir exagéré beaucoup. M. Championnière, en somme, ne fait pas le traitement local de la métrite ; c'est donc qu'il est attiré bien souvent par les annexes. Si j'ai vu là un peu d'exagération de sa part, et si j'ai osé le dire, cette nuance d'opinion entre nous n'a rien qui puisse l'offusquer.

M. Championnière. J'ai simplement cherché à établir que les affections utérines sont peu douloureuses par elles-mêmes. Le curettage pratiqué chez les malades qui souffrent beaucoup ne donne, en général, aucun résultat. Chez celles, au contraire, où il y a prédominance des écoulements pathologiques sur l'élément douleur, il produit des améliorations sensibles.

On a certainement abusé de ce moyen chez les femmes qui se plaignent de douleurs pelviennes.

M. Terrier. M. Richelot préfère, dit-il, l'amputation du col au grattage de la cavité. J'ai été moi-même de cet avis, puisqu'en

1888, sur 21 cas d'endométrite, j'ai pratiqué 5 fois le grattage et 16 fois l'amputation du col. Mais j'ai observé, chez des malades opérées par notre collègue et M. Bouilly lui-même, certains inconvénients qui m'ont amené à modifier ma pratique. Nonobstant l'observation bien exacte des règles opératoires, j'ai vu survenir des atrésies de l'orifice cervical contre lesquelles j'ai dû intervenir.

Aussi préféré-je actuellement le grattage, et en 1889, sur 30 cas d'endométrite, je n'ai plus pratiqué que 6 fois l'amputation du col et 24 fois le grattage.

M. Richelot. Les atrésies consécutives aux amputations du col sont faciles à dilater. Après l'excision cervicale pratiquée suivant la méthode de Schröder, cet inconvénient est excessivement rare.

M. Trélat. Vous vous souvenez, messieurs, que, dans notre dernière séance, c'est au moment où M. L.-Championnière disait que les douleurs n'ont pas pour cause une affection de l'utérus, mais toujours une maladie des annexes, c'est à ce moment précis que j'ai réclamé la parole.

Il ne faut pas qu'il y ait d'erreur. Je soutiens, avec bon nombre d'auteurs antérieurs et actuels, avec notre collègue M. Bouilly, je crois, je soutiens que la métrite, l'endométrite particulièrement, est une affection douloureuse, variablement douloureuse; que ses douleurs peuvent se montrer spontanément, sous forme de douleurs locales ou de douleurs irradiées, et qu'elles existent toujours, plus ou moins prononcées, sous la forme de douleurs provoquées par le palper, le toucher et l'introduction de l'hystéromètre. Nombre de fois j'ai constaté ces faits, et je les retrouve dans un souvenir tout récent, chez trois malades de la clientèle que j'ai soignées dans les six derniers mois. L'une avait une métrite fort ancienne, avec grand utérus, sans aucune complication du côté des annexes. Elle éprouvait toute la série des douleurs que j'ai énumérées. Les deux autres, jeunes femmes, ayant chacune eu un enfant plusieurs années auparavant, sans aucune affection des annexes, présentaient des douleurs vives, spontanées et surtout provoquées. Il va sans dire que, chez toutes les trois, les autres phénomènes de la métrite étaient caractérisés.

Qu'il existe des douleurs, autres que celles de l'endométrite, ayant un caractère et surtout un siège différents de l'utérus, je me garderai bien de le nier, puisque ce caractère et ce siège sont précisément l'une de nos meilleurs bases de diagnostic pour la recherche, souvent fort difficile, des affections et des lésions des annexes utérines. Mais il suffit que l'endométrite soit douloureuse par elle-même, parfois très douloureuse, et j'ajoute : parfois avec un retentissement considérable sur la nutrition et la santé géné-

rale, cela suffit pour qu'on ne soit pas en droit de dire que douleurs et salpingo-ovarite sont deux phénomènes qui s'enchaînent d'une manière constante, comme l'effet à la cause.

On peut d'autant moins formuler cet axiome que, lorsque le diagnostic a été bien fait, ces douleurs, quelles que soient leur ancienneté et leur gravité, disparaissent absolument par le traitement curatif de l'endométrite, tel que nous le pratiquons aujourd'hui.

Je pourrais m'arrêter là. Je constate l'existence de douleurs ; j'en détermine le siège par un diagnostic exact ; je fais une thérapeutique locale intra-utérine, et les douleurs disparaissent. Au point de vue de la pathologie pure, la preuve est complète ; mais elle ne l'est pas encore au point de vue de la marche et des déductions thérapeutiques.

J'ai soutenu, dans notre dernière séance, que certaines salpingites douloureuses peuvent être guéries par le traitement de l'endométrite. Je me suis bien gardé de dire que les salpingites peuvent être guéries. J'ai dit : certaines salpingites. Et j'ai même ajouté : parfois de celles qu'on aurait le moins supposé accessibles à ce mode de guérison. Aussi je n'éprouve aucun besoin de m'élever contre les faits négatifs qui ont été cités par plusieurs de nos collègues. Il me suffit d'appeler votre attention sur les faits positifs que j'ai observés, non pas au hasard, mais l'esprit bouté sur la question, et avec la ferme intention de savoir quelle influence la cure de l'endométrite pouvait avoir sur la marche des salpingites.

J'ai cité trois faits, parce que ceux-ci me paraissaient plus caractéristiques et plus probants que tous les autres; mais je suis bien loin d'avoir épuisé mes preuves. Je trouve dans mon dossier de l'an passé une femme de 34 ans : utérus antéfléchi, douloureux; à droite brides et adhérences, à gauche salpingite évidente. Après le traitement, ni à droite, ni à gauche on ne réveille la moindre douleur; l'utérus est mobile; on trouve encore à droite une bride de pelvipéritonite, mais plus la moindre tumeur salpingienne.

Chez une autre jeune femme, malade depuis un an, qui a perdu trente livres de son poids sous l'influence des douleurs : antéflexion, endométrite, salpingite droite, douleurs vives dans les annexes à gauche. Après curage, nulle douleur, nulle souffrance, bon état général; c'est à peine si l'on retrouve un petit vestige indolent de la salpingite droite.

J'avais l'année dernière dans mon service deux jeunes femmes se ressemblant de taille et de visage. Toutes deux avaient une double salpingite. Je les ai traitées toutes deux de la même façon, et mon espérance est parfois passée de l'une à l'autre. Quelquefois

j'ai cru les guérir toutes deux sans opération; à d'autres moments, c'était l'une ou l'autre qui l'emportait dans ces chances. Bref, après plus de trois mois de traitement, j'ai dû constater mon impuissance chez l'une, à laquelle j'ai pratiqué, avec succès, l'extirpation des annexes des deux côtés, tandis que l'autre pouvait être considérée comme guérie, sans avoir subi d'autre opération que deux curages et des soins locaux. Elles étaient cependant bien pareilles, et j'eusse sûrement dû faire l'extirpation des annexes à toutes les deux si j'avais cru, de prime abord, que les affections des annexes dussent dominer la direction thérapeutique.

En dehors des faits que j'énonce en ce moment, on en trouvera d'autres consignés dans la thèse de Mlle H. Finkelstein (1889), et je vois, dans le dépouillement qui vient de m'être remis par M. Arrou, un de mes internes de l'an passé, que sur 21 cas d'endométrite compliquée de salpingite, de pelvipéritonite, de brides et adhérences vicieuses, 4 fois la tumeur salpingienne a totalement disparu et 3 fois elle a été réduite à l'état de vestige indolent, par le seul traitement de l'endométrite.

Tous ces faits arrivent à une même conclusion : les malades se présentent atteintes d'une double affection utérine et tubaire. L'indication thérapeutique est double et ambiguë. On traite la métrite; l'indication opératoire du côté des annexes s'évanouit par ce seul fait.

Dans ces conditions, je ne saurais souscrire à la règle dont notre collègue M. L. Championnière s'est constitué le principal défenseur parmi nous, à savoir que les douleurs étant liées à des affections des annexes, c'est à eux qu'il faut s'adresser de prime abord, en pratiquant la laparotomie.

Au moins autant que notre collègue, j'enseigne qu'une analyse diagnostique rigoureuse est indispensable pour fixer la thérapeutique et établir ses indications. Je préconise ce diagnostic dans toutes ses nuances et ses finesses pour déterminer les lésions, leur subordination, leurs conséquences. Mais j'ajoute qu'en cas d'incertitude il est sage de commencer par le traitement le moins grave, puisque ce traitement réussit dans un ensemble de cas suffisamment nombreux.

Je suis le premier à reconnaître que souvent, le plus souvent, si on le veut, les vieilles salpingites, les vieilles adhérences ne subiront aucune modification par le traitement des endométrites. Mais encore faut-il l'avoir vérifié, et comme j'ai cité des faits positifs de salpingites d'âge ignoré ou d'âge ancien, parfaitement caractérisées comme salpingites, dans lesquelles la guérison a été obtenue sans laparotomie, avec restitution de la fonction, je propose de substituer à la règle de notre collègue le précepte suivant :

Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de volume, de rupture imminente ou effectuée ou d'accidents fébriles renouvelés, quand une femme est atteinte, à la fois, d'endométrite et de salpingo-ovarite, que ces affections déterminent des douleurs plus ou moins intenses et plus ou moins anciennes, il y a lieu de faire toujours le traitement de l'endométrite et d'en observer les résultats, avant de recourir à l'extirpation des annexes.

Rapport.

Opération d'Alexander pour rétroversion utérine. Guérison, par M. le Dr LAGRANGE (de Bordeaux).

Rapport par M. TERRILLON.

M. le Dr LAGRANGE (de Bordeaux) a eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Alexander avec un succès qui, jusqu'aujourd'hui, paraît complet.

Il s'agit d'une femme de 38 ans ayant eu à 24 ans une grossesse normale, mais suivie de métrite assez violente. Il y a 8 ans, elle fit, sur le siège, une chute après laquelle elle fut prise d'un pressant besoin d'uriner, de vomissements, et dut garder le lit. Depuis lors, avec des rémissions plus ou moins longues, les douleurs abdominales augmentent, ainsi qu'une constipation très opiniâtre, à la suite de laquelle se produisent des hémorrhoïdes qui saignent facilement. Elle entra à l'hôpital le 1er mai dernier.

Le palper abdominal exagère la douleur. Le toucher vaginal permet de constater que le col de l'utérus est abaissé, porté en avant, en haut et à gauche, et appliqué en arrière de la symphyse contre la vessie. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur dure, lisse : c'est le corps de l'utérus, qui forme aussi, au niveau de l'ampoule rectale, une saillie anormale. L'utérus est mobile et libre de toute adhérence pelvienne.

Il semble donc y avoir rétroversion avec latéroversion gauche.

Opération, 8 *mai* 1889. — Du côté gauche, une incision de 10 centimètres est pratiquée sur le trajet du canal inguinal ; le ligament rond, isolé facilement, est attiré, pelotonné sur une longueur de 6 centimètres et maintenu par deux points de suture adhérents aux piliers de l'orifice externe du canal inguinal.

Au lieu de deux fils seulement placés ordinairement pour assujettir le ligament, ce dernier est fixé dans le canal inguinal par des points équidistants allant du fascia sous-péritonéal aux piliers externes du canal. Le cordon ligamenteux était ainsi étroitement serré dans la paroi abdominale.

Un second plan formé par deux sutures au fil d'argent avec plaques de Lister englobe la peau et tous les tissus situés au-dessus du premier plan. La plaie est alors saupoudrée d'iodoforme, et un troisième étage de dix sutures superficielles est placé, ainsi qu'un petit drain.

Du côté droit, même manuel opératoire ; le raccourcissement a été plus large d'un centimètre.

30 *mai*. — Après trois pansements, réunion par première intention; la guérison a lieu sans aucun incident, sans élévation de température.

Les douleurs pelviennes ont disparu, les troubles de la miction, la constipation, ont cessé. L'utérus est en antéversion légère et très faible déviation à gauche. Enfin la malade, revue par M. Lannelongue le 12 octobre, cinq mois après l'opération, travaille et se déclare absolument guérie.

Cette observation me semble intéressante, car elle touche à plusieurs points de pratique à propos de l'opération d'Alexander si discutée et si discutable.

Ici l'indication opératoire était nette, puisqu'il s'agissait d'un utérus en rétroflexion, mobile, réductible, mais provoquant, par sa position, des troubles sérieux. Or, dans la discussion à laquelle s'est récemment livrée la Société de chirurgie, nous avons été unanimes à déclarer que c'était là l'indication pour ainsi dire unique. Quand il existe des adhérences qu'on doit tirailler pour remettre l'utérus en place, l'opération échoue presque toujours.

Un second point qui mérite de nous arrêter est la préoccupation qu'a eue M. Lagrange de fixer le ligament rond aux piliers de l'anneau inguinal par plusieurs points de suture. Après avoir posé deux ligatures au catgut, il a transfixé quatre fois le ligament rond avec d'autres points de suture servant à rapprocher les piliers l'un de l'autre. Il espère ainsi maintenir plus solidement le cordon du ligament rond et lui permettre de prendre des adhérences avec les parties contenues dans le canal. J'ai moi-même employé ce procédé, mais malgré cette précaution je dois signaler un échec dans une opération récente.

Je remarque dans l'observation de M. Lagrange qu'il n'a pas placé de pessaire ni même de tampon dans le vagin pour soutenir le col et permettre aux ligaments de n'être pas tiraillés pendant leur adhérence. Je crois qu'il y a là une faute, et l'observation personnelle que je vais vous lire tout à l'heure prouvera, je l'espère, qu'il ne faut pas se départir de cette règle absolue.

Enfin, je signalerai ce fait que la guérison s'est maintenue pendant cinq mois, du 9 mai au 12 octobre, époque à laquelle la malade a été revue. Est-ce là un temps suffisant pour qu'on puisse affirmer la guérison? Je ne le crois pas; je suis même persuadé, d'après ce que j'ai vu moi-même, que l'opération peut manquer dès

le début, c'est-à-dire peu de jours après l'ablation des sutures, mais que le résultat de l'intervention pourra se maintenir pendant quelque temps, puis disparaître après quelques mois au moins dans quelques cas.

Chez une de mes malades opérée en 1887, le succès a été complet et facile à constater pendant onze mois. Je l'ai vue dans cet intervalle à plusieurs reprises. La dernière fois que je l'ai examinée, l'utérus avait repris son ancienne position en rétroflexion et les accidents avaient reparu.

Chez une autre malade opérée récemment, j'ai eu un échec complet : c'était chez une jeune femme de 28 ans qui avait eu, très jeune, quatre enfants à intervalles très rapprochés : le dernier ayant six ans. Depuis sa dernière couche, cette malade souffrait de douleurs dans le bas-ventre et dans le fondement ; elle présentait une constipation opiniâtre et des envies fréquentes d'uriner. Je constatai une rétroflexion avec rétroversion très prononcée de l'utérus. Pendant plusieurs années on essaya les tamponnements méthodiques, l'emploi de pessaires variés qui ne purent être supportés. En même temps la rétroversion développa ou accentua des phénomènes nerveux graves avec attaques. Aucune médication n'amena un soulagement appréciable.

Après avoir beaucoup hésité à pratiquer chez cette jeune femme une intervention chirurgicale, — je soupçonnais, en effet, son état nerveux d'être la principale cause de ses douleurs, — je me décidai à appliquer à ce cas l'opération d'Alexander. Je m'y crus autorisé par les souffrances de la malade et aussi par l'avis de deux gynécologistes des plus autorisés de Paris.

Il est bien entendu que l'utérus était mobile, parfaitement réductible, et que, peu de jours avant l'opération, j'avais pu le réduire complètement en antéversion et l'appliquer même, sans employer le chloroforme, derrière la paroi abdominale antérieure.

Le seul point particulier à cette malade était l'impossibilité de placer le moindre pessaire, surtout ceux qui servent à maintenir l'utérus en antéflexion, tels que celui de Hodge ou de Thomas.

Je pensai obvier à cet inconvénient, après l'opération, par l'emploi de tampons placés méthodiquement dans le vagin. Je craignais, en insistant pour le port d'un pessaire, d'aggraver l'état nerveux de cette malade déjà très irritable.

L'opération fut donc pratiquée au mois d'octobre 1889.

Elle fut simple, facile et absolument régulière.

Chacun des ligaments ronds, du diamètre d'une grosse plume d'oie, fut mis à nu facilement et tiré au dehors de 8 centimètres environ.

Pendant ce temps l'utérus mis en antéversion complète était so-

lidement fixé contre la paroi abdominale au moyen des doigts d'un aide introduits dans le vagin.

Chacun des ligaments ronds fut d'abord fixé par un fort catgut, passant dans chacun des piliers interne et externe du trajet inguinal. Mais en outre de ces deux sutures j'en établis trois autres qui comprimaient chacun des côtés de l'ouverture du canal inguinal et traversaient de part en part le ligament rond. Chacun de ces fils de catgut fut serré avec trois nœuds superposés. L'extrémité du ligament fut conservée et pelotonnée dans l'angle interne de la plaie.

Celle-ci fut réunie dans toute sa longueur avec des sutures au crin de Florence. Un petit drain fut placé pendant 48 heures dans l'angle externe.

Lorsque l'opération fut terminée, il était facile de sentir que l'utérus était fixé derrière la paroi de l'abdomen et soutenu par les ligaments raccourcis. Un spica des deux aines compléta l'opération, et je mis dans le vagin un tampon de gaze au salol appliqué en aval du col afin de maintenir cet organe dans sa position nouvelle.

J'ai déjà dit que, par des essais antérieurs, je savais que la malade ne pouvait supporter aucun pessaire, et que j'avais résolu de ne pas en appliquer un après l'opération, dans la crainte de provoquer des douleurs violentes et surtout des attaques de nerfs défavorables au résultat opératoire.

Les plaies opératoires étaient complètement guéries le huitième jour et, à cette époque, l'utérus était encore en assez bonne position. Cependant le fond s'était déjà beaucoup éloigné de la paroi abdominale. Mais le vingtième jour, quand un examen plus complet fut pratiqué, on s'aperçut que l'utérus avait complètement repris sa position antérieure ; il était en rétroversion presque absolue avec une rétroflexion assez prononcée. L'insuccès était donc rapide et des plus nets.

A quoi pouvait-on l'attribuer? Est-ce à l'insuffisance des sutures? je ne le crois pas ; car j'avais employé du catgut gros, non assoupli par les liquides, mais conservé dans un mélange d'alcool et de sublimé. Il était donc très résistant. Enfin, j'avais pris la précaution d'arrêter chaque suture par un triple nœud, en laissant le bout assez long pour que le gonflement ne pût défaire les nœuds.

D'après la façon dont se comporte dans mes autres opérations un catgut absolument semblable à celui que j'avais employé dans cette circonstance, je ne crois pas qu'il ait pu céder sous l'influence du poids de l'utérus. Il me semble plus probable qu'il s'agit ici d'une élongation rapide du ligament rond.

Conclusion :

Je propose de déposer le travail de M. Lagrange aux Archives,

et de l'inscrire au nombre des candidats au titre de correspondant national.

Discussion.

M. Trélat. J'ai fait trente-sept ou trente-huit fois l'opération d'Alexander, et ce que l'expérience m'a appris concernant les échecs a bien plus trait aux échecs récents qu'aux échecs éloignés. C'est, en effet, dans le cours du premier mois que je les ai toujours vu survenir, et c'est bien moins le mode de suture des ligaments qu'il faut en rendre responsable, que leur allongement, leur amincissement, leur rupture même.

Au début, j'appliquais trois sutures de chaque côté; aujourd'hui, j'ai plus volontiers recours au procédé qu'a proposé M. Segond.

Le raccourcissement de 3 à 4 centimètres pratiqué par M. Terrillon me semble absolument insuffisant, et c'est toujours 10 à 12 centimètres du ligament que j'ai isolés et suturés. A cette seule condition, on peut obtenir un rapprochement suffisant des cornes utérines vers l'orifice inguinal profond.

Je ne me sers après l'opération ni de tampon ni de pessaire; je me contente de faire soulever fortement l'utérus pendant la fixation des ligaments.

En résumé, chaque fois que j'ai échoué, l'insuccès est devenu manifeste dans les premières semaines qui ont suivi l'opération.

M. Bouilly. Je demanderai à M. Terrillon s'il a examiné l'état du périnée et du plancher pelvien des malades chez lesquelles il a échoué. Si ces parties n'offrent point un support suffisant à l'utérus, les résultats fournis par l'Alexander ne sauraient être durables. Aussi cette opération doit-elle être souvent complétée par la réfection du périnée.

M. Schwartz. Comme M. Trélat, je ne connais que les récidives récentes. L'insuccès est en général immédiat. J'ai revu, il y a quinze jours, une malade que j'ai opérée il y a deux ans; elle est toujours guérie et son utérus en bonne place. La rétroversion chez cette malade se réduisait facilement, mais était néanmoins très douloureuse.

Je persiste donc à croire que l'Alexander est une bonne opération dans les cas où il est indiqué, je veux dire lorsque l'utérus est bien mobile et la réduction facile.

Je pratique les sutures fixatrices avec la soie et non avec le catgut, qui se résorbe trop rapidement.

M. Ledentu. J'ai pratiqué trois fois l'opération d'Alexander. J'ai raccourci les ligaments de 10 à 12 centimètres, et fixé l'utérus de

façon à ce que ses angles fussent bien en rapport avec les orifices inguinaux profonds. Dans mon premier cas, j'ai suturé les ligaments suivant le procédé imaginé par M. Segond, et malgré cela j'ai eu un échec. Cette malade est depuis devenue enceinte malgré sa rétrodéviation ; l'utérus s'est parfaitement redressé sous cette influence et est resté tel depuis.

Mes deux autres malades sont guéries, tout au moins depuis les 10 à 12 mois auxquels remontent leur opération. Chez elles, j'ai fixé les ligaments ronds au périoste du pubis, et maintenu cette fixation au squelette par des points de suture échelonnés. Je ne saurais pourtant affirmer, nonobstant la confiance que j'ai en cette manière de procéder, qu'elle soit la seule cause à la quelle je doive attribuer ces deux succès.

M. Terrillon. L'opération d'Alexander, en raison des nombreux insuccès qu'elle fournit, a une valeur relative et actuellement très discutée. Je me rangerai volontiers à l'opinion de M. Bouilly, car les malades chez lesquelles j'ai échoué avaient eu plusieurs accouchements, et leur périnée était certainement insuffisant.

M. Trélat. Je suis tellement d'avis que l'insuffisance du périnée joue un rôle considérable dans la production de l'abaissement et des déviations, que je fais toujours suivre l'opération d'Alexander de la réfection de ce dernier ; en agissant ainsi, je ne fais que mettre en pratique des préceptes que j'ai formulés dans plusieurs leçons cliniques dont quelques-unes ont été publiées.

Communication.

Cystite douloureuse chronique compliquée d'uretéro-pyélite ascendante unilatérale. — Kolpocystotomie et néphrectomie. — Guérison,

Par le Dr F. Brun.

L'influence favorable de la kolpocystotomie sur la marche des cystites douloureuses chroniques est aujourd'hui manifestement établie. Il n'est malheureusement pas moins certain que les lésions ascendantes de l'uretère et du rein, si fréquentes dans ces cas, constituent trop souvent un obstacle insurmontable à une guérison absolue. Dans le cas que j'ai observé, l'unilatéralité des lésions m'a permis d'obtenir un résultat complet à l'aide d'une intervention radicale. C'est à ce point de vue surtout qu'il m'a paru digne d'être communiqué.

Louise F..., âgée de 33 ans, entre le 16 septembre 1886 l'hôpital Lariboisière dans le service du professeur Duplay, que j'avais l'honneur de suppléer. Elle m'est adressée par mon collègue et ami le Dr Gilbert. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : écrouelles cervicales ayant laissé la région sous-maxillaire balafrée de cicatrices irrégulières. Cinq grossesses à terme, la première à 20 ans, la dernière à 29 ans. Le début des accidents actuels semble remonter à l'âge de 26 ans. Ils ont apparu après un accouchement et ont consisté tout d'abord en douleurs abdominales vagues, mais occupant surtout les régions inférieures de l'abdomen, bientôt suivies de symptômes évidents de cystite (pus et sang dans les urines, mictions fréquentes et douloureuses). Aggravés surtout par la dernière grossesse, ces phénomènes ont acquis, depuis le mois de janvier 1886, une intensité telle que Louise F... s'est décidée à venir des Ardennes à Paris pour chercher des secours.

Au moment de mon premier examen, mon attention est tout d'abord attirée sur le nombre des mictions et sur les douleurs qu'elles provoquent. Les besoins d'uriner sont incessants, incomptables, et chacun d'eux est la cause d'un effort expulsif horriblement douloureux. La répétition si fréquente de ces efforts ne laisse de repos à la malade ni jour ni nuit, et depuis près de deux mois la malheureuse en est réduite à vivre sans sommeil, accroupie sur un vase.

Les urines sont troubles et contiennent, avec un peu de sang, un abondant dépôt purulent.

La pression hypogastrique est douloureuse, de même que la pression de la vessie, par le toucher vaginal. Un explorateur à boule n° 20 détermine, à son passage au niveau du col, une légère douleur ; il en cause une beaucoup plus violente lorsqu'il appuie contre la paroi postérieure de la vessie. L'utérus est sain, mobile, en situation normale. Bien que la malade n'ait à aucun moment accusé de douleurs rénales, il est facile par le palper de constater que le rein droit est augmenté de volume, son extrémité inférieure descendant à peu près au niveau de l'ombilic.

En raison de l'intensité des symptômes douloureux et de leur date déjà ancienne, je juge inutile de m'attarder à l'emploi de moyens applicables aux cas légers ou moyens de cystites douloureuses, et je me décide à recourir d'emblée à l'incision de la vessie, à la kolpocystotomie.

L'opération est faite le 29 septembre 1886, au bistouri et suivant les règles ordinaires, que je crois inutile de rappeler ici. Pour éviter la rétraction secondaire de l'orifice de la fistule, je cherche à isoler la muqueuse vésicale pour en border l'incision en la suturant à la muqueuse du vagin. Ce temps opératoire m'est rendu à peu près impossible par les modifications qu'ont subies les parois vésicales. Elles sont épaissies en même temps que friables, et la muqueuse, en la plupart des points, adhère intimement à la tunique sous-jacente. Une faible étendue de l'incision peut seulement être suturée.

Le bénéfice de l'opération fut pour ainsi dire immédiat. La première

nuit, le sommeil fut plusieurs fois encore interrompu par des efforts d'expulsion provoqués par la présence de caillots oblitérant momentanément l'orifice fistuleux. Dès le lendemain, les douleurs cessèrent, en même temps que la fistule se mit à fonctionner d'une façon régulière et que les urines s'éclaircirent peu à peu.

Six mois après l'opération, en avril 1887, Louise F... vient me retrouver à l'hôpital Broussais. Depuis quelque temps sa fistule s'étant rétrécie a cessé de fonctionner d'une façon régulière, et de temps à autre surviennent des envies d'uriner incomparablement moins fréquentes qu'auparavant, mais encore douloureuses. Comme je n'ai l'intention de lui refermer sa vessie que lorsque toute trace de cystite aura depuis longtemps disparu, je lui pratique un débridement de sa fistule suffisant pour assurer son fonctionnement complet et normal. Au cours de cette intervention complémentaire, je suis frappé des modifications qui se sont produites du côté des tuniques vésicales sous l'influence du repos. Elles ont repris en effet leur épaisseur et leur aspect normal, et rien ne m'est plus facile que d'isoler la muqueuse de la vessie et de l'attirer pour la suture à la muqueuse du vagin.

A la fin d'avril, F... quitte l'hôpital Broussais pour aller passer quelques mois dans les Ardennes. Elle est munie d'un urinal qui recueille la totalité des urines et lui permet d'aller et de venir sans éprouver d'autre inconvénient qu'une irritation légère des organes génitaux externes, irritation que suffisent à calmer quelques bains de siège fréquents.

Au commencement de novembre 1887, c'est-à-dire plus d'un an après sa kolpocystotomie, F... entre de nouveau à l'hôpital Broussais. Son état général est tout ce qu'il y a de plus satisfaisant. Les forces sont revenues avec un embonpoint marqué. Depuis longtemps déjà il n'existe plus de douleur vesicale. La fistule fonctionne toujours bien, et il n'existe aucune incrustation calcaire de ses bords. Seules les douleurs lombaires persistent et ont acquis même une plus grande intensité. Elles se manifestent tantôt à l'état de simple tension, de sensation de lourdeur dans la région lombaire droite, tantôt revêtent le caractère de douleurs vives, irradiant du rein dans le flanc et dans la cuisse, rappelant à peu près les symptômes des coliques néphrétiques.

Ces crises douloureuses coïncident du reste avec d'importantes modifications du côté des urines. Tandis que pendant les périodes de calme relatif celles-ci sont claires et d'apparence normale, à la suite des crises de coliques, elles sont troubles et laissent par le repos se former au fond du vase un abondant dépôt purulent.

L'examen physique ne révèle du côté gauche ni tuméfaction ni sensibilité anormale.

A droite, il existe une vive douleur à la pression au niveau de la région lombaire. La palpation combinée de la région lombaire et du flanc correspondant permet en outre de constater : 1° une vive douleur descendant assez bas sur le trajet de l'uretère qu'on perçoit nettement; 2° l'existence d'une tumeur dure, rénitente, arrondie, de consistance uniforme, qui n'est autre chose que le rein altéré. Cette tumeur, assez

aisément appréciable lorsqu'on déprime l'abdomen, est rendue plus appréciable encore si on la refoule en avant à l'aide d'une main appliquée à plat sous la région lombaire. Son extrémité supérieure se perd sous le rebord costal, son extrémité inférieure descend un peu au-dessous de l'ombilic, son bord interne atteint la ligne médiate. Pas de matité appréciable.

Au toucher, pas de douleur à la pression de la paroi vésico-vaginale. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent, en refoulant le cul-de-sac, l'uretère correspondant sous la forme d'un cordon dur, du volume d'une plume de corbeau environ, flexueux, légèrement douloureux à la pression.

Ce qui découle de ce nouvel examen, c'est que, si le drainage de la vessie a réussi à triompher de la cystite, il a été sans aucun effet sur l'uretéro-pyélite qui existait déjà au moment de la première intervention et qui depuis a fait des progrès incontestables.

Pratiquer dans ces conditions la fermeture de la vessie, ce serait m'exposer, sous l'influence de la stagnation du pus éliminé par le rein, à voir la cystite se développer à nouveau, et l'uretère et le rein gauche, jusqu'à présent indemnes, se laisser inoculer à leur tour. Il me paraît dès lors prudent de procéder tout d'abord à l'ablation du rein droit, d'autant que les urines contiennent une quantité suffisante d'urée alors qu'elles sont absolument claires et qu'il est rationnel de les supposer fournies en totalité par le rein gauche.

La néphrectomie fut pratiquée le 16 novembre 1887 sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie. Elle présenta les plus sérieuses difficultés.

Me basant sur la saillie considérable que faisait la tumeur en avant et sur la facilité avec laquelle elle semblait abordable de ce côté, je crus qu'il me serait plus facile de pratiquer la néphrectomie en me servant de la voie parapéritonéale recommandée par le professeur Trélat. Je pratiquai à la peau une incision verticalement étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure au rebord des fausses côtes. Le bord externe du muscle droit, mis à nu, est récliné en dedans et les tissus sont incisés couche par couche. Malgré toutes les précautions prises, une petite boutonnière est faite au péritoine à la partie supérieure de l'incision. Elle est aussitôt fermée par deux points de suture au catgut. Après avoir récliné en dedans le péritoine, décollé, je constate que la face antérieure du rein est dans toute son étendue masquée par le côlon ascendant, qui adhère à la capsule, au point que tous mes efforts pour le détacher demeurent inutiles.

Considérant que, par cette voie, il me sera impossible de mener à bien mon opération, je protège à l'aide de tampons antiseptiques mon incision antérieure et, faisant incliner la malade sur le côté gauche, j'incise la région lombaire à peu de distance du bord externe de la masse sacro-lombaire, et depuis la dixième côte environ jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Les tissus sont rapidement incisés couche par couche, et le rein, mis à nu, est ponctionné, puis incisé comme pour une néphrotomie.

Il n'existe pas à proprement parler de grande poche rénale, mais nombre de petites cavités isolées que je m'efforce en rompant les cloisons qui les séparent de faire communiquer entre elles. En faisant écarter l'une de l'autre les deux lèvres de mon incision rénale, je réussis à un moment donné à introduire mon doigt entre la surface du rein et sa capsule. La décortication du rein m'est alors rendue possible, mais je n'arrive qu'à grand'peine, et après avoir morcellé la masse à différentes reprises, à former un pédicule au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère qui est enveloppé d'une quantité de tissu lardacé. Je place sur ce pédicule une ligature avec deux fils de soie entre-croisés et je l'attire dans la plaie lombaire sans pouvoir cependant, comme je l'aurais désiré, l'amener au niveau de la peau.

Les deux plaies antérieure et postérieure sont suturées. La postérieure est en outre drainée à l'aide de deux gros tubes résistants placés côte à côte. Comme pansement : poudre d'iodoforme et gaze iodoformée sur la ligne de suture ; ouate hydrophile et bandage de flanelle. L'opération a duré deux heures.

La malade, au moment où elle est reportée dans son lit, est dans un état d'extrême faiblesse, et ne reprend connaissance que trois heures plus tard, après qu'on lui a fait deux injections d'éther.

Les suites de l'opération furent favorables, et le thermomètre ne s'éleva que pendant les deux premiers jours au-dessus de 38°. Aucun incident ne vint entraver la cicatrisation des plaies, à l'exception de quelques crises douloureuses absolument analogues à celles qui existaient avant l'opération et qui étaient suivies de l'expulsion d'une urine chargée d'un abondant dépôt purulent. La guérison complète fut cependant retardée par la persistance d'un trajet fistuleux correspondant au trajet du drain de la plaie lombaire, trajet qui laissait écouler une faible quantité de pus provenant bien évidemment de l'extrémité non désinfectée de l'uretère. Pour en finir avec cette dernière complication, je résolus de rouvrir la plaie lombaire, d'aller à la recherche du pédicule pour le désinfecter à nouveau et de sectionner les deux fils à ligature que je soupçonnais d'être pour quelque chose dans l'entretien de la suppuration.

Cette opération complémentaire fut pratiquée le 15 février, et le 8 mars la guérison était complète. Il ne restait plus aucune raison de maintenir ouverte la fistule vésico-vaginale, et j'en pratiquai l'oblitération le 4 juin.

Comme le chloroforme avait toujours été mal supporté, je pratiquai l'anesthésie du vagin à l'aide d'une solution de cocaïne au 10e. Plusieurs tampons imbibés de cette solution sont introduits dans le vagin, et dix minutes plus tard je procède à un large avivement et à la réunion à l'aide de quatre points au crin de Florence. Aucune douleur n'a été perçue, et la malade se plaint seulement de la fatigue occasionnée par la flexion forcée des membres inférieurs. Le vagin est bourré de gaze iodoformée et la malade est sondée toutes les heures. Pendant les premiers jours, la vessie a été le siège de contractions douloureuses se répétant assez fréquemment, mais dès le 12 juin,

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 42.4.90. *Le Gérant :* G. MASSON.

époque à laquelle je procède à l'ablation des fils et constate que la réunion est parfaite, les besoins d'uriner deviennent moins fréquents. Sortie de l'hôpital à la fin de juillet, Louise F... est revenue me voir au mois de juin de l'année suivante. Elle a repris son métier de couturière et n'éprouve plus aucune douleur ni du côté de son rein, ni du côté de sa vessie, mais elle est encore forcée d'uriner toutes les deux heures environ. Au niveau de sa cicatrice abdominale s'est développée, dès sa sortie de l'hôpital, une hernie qui nécessite le port d'une ceinture spéciale.

Au cours de la longue observation que je viens de rapporter, j'ai déjà insisté sur un certain nombre de points qui me paraissaient mériter d'être mis en relief. J'ai, en particulier, signalé les modifications si évidentes que le drainage de la vessie avait en quelques mois suffi à produire, modifications que je pus apprécier de la façon la plus nette lorsque, par mesure de précaution et pour éviter la fermeture spontanée de la fistule que j'avais établie, je résolus de l'agrandir et d'en assurer le fonctionnement par son bordage à l'aide de la muqueuse de la vessie. Impossible lors de ma première opération, en raison de l'épaississement et de la friabilité des parois vésicales, cette petite manœuvre put alors s'exécuter avec la plus grande facilité et comme sur une vessie saine. Sans insister davantage sur ce point, je désire seulement revenir sur les motifs qui m'ont décidé à pratiquer l'ablation du rein, et sur les incidents qui se sont produits pendant et après cette intervention.

Lorsque après quatorze mois d'un repos complet, la vessie put être raisonnablement considérée comme revenue à son état normal, quelle conduite devais-je tenir? Fallait-il, malgré l'existence de l'uretéro-pyélite, déjà constatée au moment de la kolpocystotomie et même malgré ses progrès, fermer la fistule vésico-vaginale? Devais-je, au contraire, compter avec cette complication importante avant d'en venir à cette restauration? C'est à ce dernier parti que je crus prudent de me ranger, et voici les raisons qui me décidèrent. Je pensai que si, sans m'inquiéter de l'état du rein, je refermais la vessie, le passage continuel d'une certaine quantité de pus dans l'intérieur de cette cavité serait probablement et à bref délai la cause du développement d'une nouvelle cystite. La muqueuse vésicale serait inoculée par des produits pathologiques sécrétés par l'uretère, et rien ne pouvait permettre de penser que l'uretère et le rein gauche, jusque-là sains, ne s'inoculeraient pas à leur tour. Devant cette perspective de nature à modifier de tous points la gravité de la situation, je crus utile de débarrasser la malade d'un rein dont les altérations constituaient pour elle un danger constant.

Je fus d'autant plus confirmé dans cette manière de voir que l'étude de certains phénomènes cliniques me permettait d'affirmer presque sans aucune crainte d'erreur l'intégrité du rein du côté opposé. Ces phénomènes, auxquels on ne saurait en semblable occurrence attacher trop d'importance, consistaient dans les modifications présentées par les urines. Le plus souvent claires et d'apparence absolument normale, celles-ci, par intervalles et pendant quelques jours, devenaient bourbeuses et laissaient au fond du vase un dépôt purulent abondant ; toujours cette évacuation purulente était précédée de douleurs siégeant le long de l'uretère droit et tout à fait analogues à des crises de coliques néphrétiques. N'était-il pas évident que les urines claires habituelles devaient provenir exclusivement du rein gauche par suite de l'obstruction momentanée de l'uretère malade, et qu'à l'évacuation de ce dernier devait être attribué le dépôt purulent que l'on constatait de temps à autre. Dans ces conditions, il me fut des plus facile, par des analyses plusieurs fois répétées, de m'assurer non seulement de la quantité d'urine fournie par le rein supposé sain, mais de connaître exactement la richesse de cette urine en urée. J'obtins ainsi des renseignements plus précis que ceux qu'aurait pu me fournir le cathétérisme de l'uretère, ce procédé ne permettant d'opérer une analyse que sur une quantité restreinte d'urine sécrétée.

La néphrectomie décidée, je me laissai dans le choix du procédé influencer par la saillie en avant de la tumeur rénale et par son apparente mobilité, et je tentai de procéder à son ablation par la voie parapéritonéale. Je ne tardai pas à m'apercevoir que j'avais eu tort de procéder ainsi, et je ne pus terminer mon opération qu'en abordant le rein par la voie lombaire et en le décortiquant de sa capsule épaissie. Dans ces cas d'uretéro-pyélites ascendantes anciennes, les adhérences de la capsule fibreuse, au péritoine, au côlon, à la veine cave sont pour ainsi dire la règle. Il se fait d'autre part, au voisinage du bassinet et de l'extrémité supérieure de l'uretère, des modifications de l'atmosphère graisseuse qui en même temps qu'elle augmente d'abondance se transforme en un tissu lardacé, et la crainte de rencontrer ces altérations particulières, me paraît de nature à engager l'opérateur à recourir d'emblée à la néphrectomie sous-capsulaire recommandée au Congrès de chirurgie de 1886 par MM. Ollier et Trélat. Cette opération, du reste, ne manquera pas dans certains cas d'être délicate, et le doigt cherchant à procéder à la décortication de l'organe pourra souvent s'égarer entre les différents feuillets dont se trouve composée la capsule fibreuse épaissie. Je me suis bien trouvé, pour éviter cet écueil, de fendre en entier le rein,

comme pour une néphrotomie, et faisant écarter les deux moitiés de l'organe de chercher sur chaque surface de section le point où cette décortication pouvait être aisément effectuée.

Cette section du rein n'expose, du reste, contrairement à ce que l'on pourrait croire, à aucun danger d'hémorrhagie, et la sclérose vasculaire est telle dans ces cas que la section du pédicule pourrait presque être pratiquée sans hémostase préalable. Ce fait a été bien mis en relief par le professeur Trélat dans une de ses observations, et j'ai eu trois fois l'occasion de le constater de la façon la plus manifeste. Chez une de mes malades en particulier, j'avais jeté sur un gros pédicule lardacé, irréductible, deux fils de soie entre-croisés qui insuffisamment serrés lâchèrent dès que le pédicule fut sectionné. Il ne se produisit à sa surface qu'un jet artériel insignifiant fourni par un vaisseau présentant à peu près le calibre d'une artère collatérale des doigts.

Malgré la facilité relative procurée par la décortication sous-capsulaire du rein, la néphrectomie dans ces vieilles uretéro-pyélites reste une opération laborieuse et peut-être me reprochera-t-on d'y avoir eu recours d'emblée, et de ne pas m'être contenté d'une simple néphrotomie. J'ai été guidé dans le choix de mon intervention par l'état dans lequel se trouvait l'uretère. Son exploration par le toucher vaginal et par le palper abdominal me le révélait malade dans tout son trajet. La façon intermittente dont il donnait, sous forme de décharges, issue aux produits de sécrétion du rein, me permettait de le supposer rétréci ou tout au moins sillonné de ces replis valvulaires qu'Hallé a si bien figurés dans sa thèse. Pratiquer dans ces conditions la néphrotomie, c'était m'exposer fatalement à voir s'établir une fistule rénale pour la guérison de laquelle j'aurais dû plus tard recourir à l'ablation du rein. J'ai préféré employer de suite cette dernière intervention, l'examen attentif du fonctionnement du rein opposé me permettant d'affirmer son intégrité. Dans le cas où j'aurais, au sujet de cette intégrité, conservé le moindre doute, il est absolument évident que je me serais comporté d'une façon toute différente.

Communication.

M. Michaud fait une communication sur le *développement d'un carcinome dans la cicatrice d'une laparotomie faite par un kyste de l'ovaire.* (Commission : Monod, Berger; Schwartz, rapporteur.)

Communication.

Statistique des opérations faites à l'hopital Bichat pendant l'année 1889.

Par M. F. Terrier.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, comme je le fais tous les ans, la statistique des opérations faites dans mon service de chirurgie, soit par moi, soit par mon ami et collègue M. le Dr Quénu, soit par mes internes, MM. H. Delagénière, Dagron et Mantel.

Toutes ces opérations ont été pratiquées d'après les règles d'une antisepsie rigoureuse, et j'ai toujours utilisé des instruments stérilisés par la chaleur, dans l'étuve construite sur les indications du Dr Poupinel, mon ami et ancien interne, et que j'ai déjà décrite [1].

Toutes mes solutions antiseptiques ont été faites avec de l'eau filtrée par le filtre Chamberland et bouillie ultérieurement. Quant aux éponges, elles sont préparées toujours d'après la méthode que j'ai déjà indiquée ici [2]; de plus, nous les faisons plonger pendant huit jours au moins dans une solution de bichlorure au 2000e, pour assurer encore plus leur antisepsie.

1° *Opérations pratiquées sur les yeux et sur les paupières* (25 opérations).

8 cataractes; 8 succès.
1 cataracte capsulaire secondaire; 1 succès.
5 énucléations du globe oculaire; 5 guérisons.
3 strabismes. Ténotomie; 3 succès.
1 ptérygion; 1 succès.
1 trichiasis. Extirpation de bulbes ciliaires; 1 guérison.
2 plaies des paupières. Suture; 2 guérisons.
1 ectropion. Cautérisation au thermocautère; 1 guérison.
1 curettage du sac lacrymal. Épithélioma; 1 guérison.
2 kystes dermoïdes du sourcil. Extirpation; 2 guérisons.

2° *Opérations pratiquées sur la tête et sur la face* (30 opérations).

1 épithélioma du pavillon de l'oreille. Ablation; 1 guérison.

[1] *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XV, p. 157, 1889.
[2] *Ibid.*, t. XII, p. 929, 1886.

1 périostite de l'apophyse mastoïde. Incision de Wilde ; 1 guérison.
1 trépanation de l'apophyse mastoïde. Otite moyenne suppurée; 1 guérison.
1 ulcère du sinciput, suite de morsure. Greffe de Thiersch; 1 guérison.
5 kystes sébacés du cuir chevelu ; 5 guérisons.
2 trépanations du crâne pour épilepsie; 1 guérison : guérison opératoire (résultat thérapeutique nul); 1 mort le jour de l'opération, avec attaque épileptiformes (Quénu).
3 trépanations du crâne pour fractures; 3 guérisons.
2 trépanations du crâne pour abcès sous-méningés; 2 guérisons.
1 carie de l'ethmoïde. Ablation du séquestre (voie nasale); 1 guérison.
1 tuberculose cutanée de la face. Grattage ; 1 guérison.
3 kystes sébacés de la face. Ablation; 3 guérisons.
1 bec-de-lièvre traumatique. Suture; 1 guérison.
1 cancroïde de la lèvre inférieure. Ablation; 1 guérison.
1 corne de la lèvre inférieure. Ablation ; 1 guérison.
1 uranoplastie. Perforation syphilitique; 1 guérison.
2 épulis. Ablation et cautérisation ; 2 guérisons.
2 ostéo-périostites du maxillaire inférieur. Grattage; 2 guérisons.
1 trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur. Fractures et esquilles; 1 fistule persistante.

3° *Opérations sur le cou* (21 opérations).

1 épithélioma de la parotide. Ablation; 1 guérison.
2 phlegmons sous-maxillaires. Incision ; 2 guérisons.
5 abcès et phlegmons profonds. Incision ; 5 guérisons.
8 adénites scrofuleuses. Grattage et extirpation; 8 guérisons.
1 adénite éphithéliomateuse. Grattage ; 1 résultat nul.
2 hypertrophies d'un lobe de la thyroïde (goitre). Ablation; 2 guérisons.
1 laryngectomie. Épithélioma du larynx ; l'opéré est mort de la grippe 19 semaines après l'opération ; il y avait récidive dans les ganglions profonds du cou.
1 plaie de la trachée-artère. Suture; 1 guérison.

4° *Opérations faites sur le thorax et les seins* (25 opérations).

1 abcès froid de l'aisselle. Incision; 1 guérison.
1 phlegmon de l'aisselle. Incision; 1 guérison.
2 abcès costaux. Résection des côtes; 2 guérisons.

1 abcès froid, paroi thoracique. Incision; 1 fistule persistante.
2 abcès du sein. Incision ; 2 guérisons.
1 gomme du sein. Ablation ; 1 guérison.
1 fibrome du sein. Ablation ; 1 guérison.
1 adénome du sein. Ablation; 1 guérison.
1 sarcome du sein. Ablation totale ; 1 guérison.
12 épithéliomas du sein. Amputation ; 12 guérisons.
1 hémothorax. Incision et drainage ; 1 guérison avec fistule persistante.
1 lipome du dos. Ablation ; 1 guérison.

5° *Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin* (56 opérations).

2 hernies inguinales étranglées. Kélotomie et cure radicale; 1 guérison ; 1 mort de néphrite interstitielle au 12e jour. La hernie opérée était guérie.
1 hernie inguinale étranglée. Anus contre nature ; mort de pneumonie septique au 8e jour, avec ictère.
24 hernies inguinales non étranglées. Cure radicale ; 24 guérisons : 1 récidive rapide.
5 hernies crurales étranglées. Kélotomie et cure radicale ; 4 guérisons; 1 mort par pleuro-pneumonie au 7e jour (Quénu); la plaie opératoire était cicatrisée.
2 hernies ombilicales étranglées. Kélotomie et cure radicale; 2 morts, 1 de collapsus (Dr Routier) 14 heures après l'opération ; 1 par péritonite au 6e jour.
2 hernies ombilicales (femmes). Cure radicale; 2 guérisons.
1 hernie épigastrique. Cure radicale ; 1 guérison.
1 corps étranger de l'estomac (fourchette). Laparotomie et gastrotomie ; 1 guérison.
1 rétrécissement cancéreux œsophagien. Gastrostomie ; 1 guérison; le malade a survécu 3 mois.
5 laparotomies exploratrices. Tumeurs malignes inopérables ; 3 guérisons; 2 morts par épuisement sans péritonite.
1 laparotomie pour étranglement interne ; 1 mort par continuation des accidents d'obstruction, dus à une péritonite chronique avec cancer.
1 laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Toilette péritonéale avec drainage ; 1 guérison.
2 kystes hydatiques du foie. Incision et drainage; 2 guérisons.
1 kyste hydatique du foie. Ponction capillaire et injection de bichlorure ; 1 en voie de guérison.

1 abcès du foie. Incision à travers la plèvre; 1 mort par épuisement au 5e jour.
1 cholécystentérostomie[1]; 1 guérison.
4 abcès de la fosse iliaque. Incision et drainage ; 4 guérisons.
1 plaie de la rate. Suture; 1 guérison.

6° *Opérations sur le rectum et sur l'anus* (25 opérations).

1 abcès de la marge de l'anus. Incision; 1 en voie de guérison.
11 fistules anales. Incision, excision, cautérisation; 7 guérisons; 4 en voie de guérison.
1 fissure anale. Dilatation; 1 guérison.
5 hémorrhoïdes. Ligatures multiples et excision; 5 guérisons.
1 rétrécissement syphilitique rectal. Rectotomie; 1 guérison;
1 rétrécissement congénital rectal. Extirpation; 1 guérison.
1 diverticule du rectum. Ablation; 1 guérison.
3 épithéliomas rectaux. Extirpation; 1 guérison; 1 mort de collapsus et hypothermie (Quénu); 1 opération de Kraske en voie de guérison.
1 épithélioma rectal. Rectotomie linéaire postérieure palliative; 1 amélioration.

7° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme* (130 opérations).

18 kystes ovariques. Ovariotomies; 17 guérisons; 1 mort par péritonite septique après 2 jours.
2 tumeurs végétantes de l'ovaire. Ablation; 1 mort par épuisement ou choc (Quénu), 1 guérison.
5 opérations de Hégar. Fibromes; 5 guérisons.
3 hémosalpingites avec hématocèle; 3 morts (choc, septicémie, péritonite purulente).
9 pyo-salpingites. Ablation: 7 guérisons, 1 mort par péritonite au 5e jour (perforation intestinale). 1 mort par péritonite au 2e jour (Quénu).
10 ovaro-salpingites. Ablation; 10 guérisons.
1 grossesse extra-utérine; 1 guérison.
7 hystérectomies abdominales. Fibromes. Pédicule extérieur; 5 guérisons; 1 mort par hémorrhagie intra-péritonéale au 3e jour (Quénu); 1 mort d'occlusion par soudure intestinale au 5e jour (Quénu).

[1] Observation publiée dans la *Revue de Chirurgie*, décembre 1889 et thèse du Dr H. Delagénière, Paris, 1890.

4 hystérectomies abdominales. Fibromes. Pédicule rentré; 1 guérison ; 3 morts : 1 d'urémie, 2 de péritonite.
1 hystérectomie abdominale. Fibrome enclavé ; 1 mort d'hémorrhagie pendant l'opération.
5 hystérectomies vaginales pour cancer; 4 guérisons ; 1 mort d'urémie au 9e jour (reins atrophiés).
14 ablations de fibromes utérins par la voie vaginale. Morcellement et énucléation ; 14 guérisons.
2 hystéropexies pour rétroversion ; 2 guérisons.
1 hystéropexie pour prolapsus et rétroversion et ovario-salpingectomie; 1 guérison.
4 hystéropexies pour prolapsus ; 3 guérisons; 1 mort par épuisement 4 jours après l'opération (la malade avait été opérée en même temps de 2 hernies inguinales, cure radicale).
4 amputations sus-vaginales et curettage. Epithélioma ; 3 guérisons; 1 mort au 12e jour, d'épuisement.
6 amputations du col et curettage. Métrite; 6 guérisons.
24 Curettages pour métrites; 24 guérisons.
1 amputation du col. Hypertrophie; 1 guérison.
2 fistules vésico-vaginales; 2 guérisons.
1 fistule vésico-utérine. Oblitération du vagin; 1 insuccès.
2 abcès de la grande lèvre. Ouverture et excision; 1 guérison.
1 végétation vulvo-anale. Excision; 1 guérison.
1 colporraphie antérieure (pour cystocèle); 1 succès.
1 colpopérinéorrhaphie (pour prolapsus); 1 succès.
1 périnéorrhaphie ; 1 guérison.

8° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme* (32 opérations).

2 phimosis. Circoncision ; 2 guérisons.
3 varicocèles. Ligature et excision des veines; 3 guérisons.
1 kyste de l'épididyme. Ablation; 1 guérison.
1 ectopie testiculaire. Fixation au scrotum ; 1 guérison.
1 ectopie testiculaire. Castration; 1 guérison.
6 castrations pour tuberculose testiculaire ; 5 guérisons ; 1 mort de méningite tuberculeuse 25 jours après l'opération.
17 hydrocèles vaginales. Cure radicale ; 17 guérisons.
1 hydrocèle vaginale. Ponction et injection iodée; 1 guérison.

9° *Opérations pratiquées sur les voies urinaires* (14 opérations).

2 néphrectomies. Pyélite et périnéphrite; sarcome du rein chez un enfant de 5 ans (Quénu); 2 morts rapides par choc.

1 néphrorrhaphie. Rein mobile ; 1 guérison.
1 cystotomie sus-pubienne. Cystite ; 1 en voie de guérison.
2 cystotomies sus-pubiennes. Grattage. Ablation d'un épithélioma vésical ; 1 guérison opératoire. Mort ultérieure de néphrite 40 jours après l'opération, la plaie sus-pubienne guérie. 1 mort, après 15 jours, de broncho-pneumonie (Quénu).
1 corps étranger de l'urèthre. Extraction; 1 guérison.
4 uréthrotomies internes ; 3 guérisons ; 1 mort après 8 jours chez un tuberculeux d'anurie par tuberculose probable du rein.
3 uréthrotomies externes ; 3 guérisons.

10° *Opérations faites sur le membre supérieur* (32 opérations).

9 amputations de doigts ; 9 guérisons.
1 désarticulation de doigt ; 1 guérison.
1 désarticulation du poignet ; 1 guérison.
2 résections de l'épaule ; 2 guérisons.
3 résections du coude ; 3 guérisons.
1 résection du poignet ; 1 guérison.
1 résection de la clavicule. Extrémité externe ; 1 guérison.
1 arthrotomie du coude ; 1 mort tardive de cachexie tuberculeuse.
1 arthrotomie du poignet ; 1 guérison.
3 kystes synoviaux. Ablation ; 3 guérisons.
1 lipome de l'épaule. Ablation ; 1 guérison.
1 verrue de la main. Ablation; 1 guérison.
3 grattages pour abcès froids ; 3 guérisons.
2 grattages pour tuberculose osseuse. 1 guérison ; 1 amélioration.
1 anévrysme artério-veineux de la radiale. Extirpation ; 1 guérison.
1 plaie de l'artère cubitale. Ligature ; 1 guérison.

11° *Opérations faites sur le membre inférieur* (52 opérations).

4 amputations de la cuisse ; 3 guérisons; 1 mort par pneumonie septique au 2e jour.
2 amputations de la jambe ; 1 guérison ; 1 mort rapide d'anémie (blessé exsangue).
2 amputations des orteils ; 2 guérisons.
1 désarticulation du genou (M. Chaput); 1 mort le 3e jour, par septicémie.
1 désarticulation des orteils ; 1 guérison.
3 arthrotomies du genou. Hydarthrose blennorrhagique. Tuberculoses articulaires ; 3 guérisons.

5 hygromas du genou. Ablation; 5 guérisons.
2 grattages du fémur. Tuberculose ; 2 guérisons.
1 grattage de l'extrémité supérieure du tibia ; 1 guérison.
3 grattages du calcanéum. Séquestre. 1 guérison; 1 amélioration; 1 résultat nul.
1 grattage de métatarsiens. Carie; 1 guérison.
2 ablations de ganglions inguinaux. Adénite; 2 guérisons.
1 abcès par congestion. Incision ; 1 guérison.
1 épithélioma de la jambe. Ablation; 1 guérison.
1 amputation tibio-tarsienne. Procédé Guyon; 1 mort au 22e jour, d'épuisement. Escharres des lambeaux et du sacrum.
1 ligature de la veine fémorale. Plaie; 1 guérison.
1 ligature de l'iliaque externe ; 1 guérison.
1 ligature de l'artère crurale. Plaie ; 1 guérison.
1 ligature de la tibiale antérieure; 1 guérison.
1 kyste hydatique de la cuisse. Ablation; 1 guérison.
2 extirpations de l'astragale. Pieds bots ; 2 guérisons.
3 ténotomies du tendon d'Achille ; 3 guérisons.
6 ongles incarnés. Procédé de Quénu ; 6 guérisons.
2 résections du genou. Tumeur blanche ; 1 en voie de guérison; 1 a suppuré et a dû être suivie d'amputation de la cuisse, qui guérit.
1 résection traumatique du genou; 1 guérison.
1 résection cunéiforme pour déviation du gros orteil; 1 guérison.
1 résection du tibia. Fracture compliquée; 1 guérison.
1 résection du fémur. Fracture compliquée ; 1 guérison.

Les 442 opérations faites ont donc donné 37 morts, soit en bloc 8.37 0/0. Nous allons passer en revue ces divers insuccès et leurs causes probables.

Les 30 opérations pratiquées sur la face et la tête nous ont donné un insuccès. Il s'agit d'une opération de trépanation du crâne faite par mon ami le Dr Quénu, pour épilepsie essentielle; la femme mourut le jour de l'opération, ayant des attaques épileptiformes. Il y avait eu une notable perte de sang pendant l'intervention.

Sur les 56 opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, nous comptons 9 insuccès.

Dans un cas, une hernie inguinale dut être traitée par l'anus contre nature. L'opéré mourut au 8e jour, de pneumonie avec ictère; il s'agissait probablement d'une pneumonie septique?

Un autre opéré de hernie inguinale étranglée a succombé au 12e jour à des accidents urémiques dus à une néphrite interstitielle. A cette date la plaie était guérie et le cours des matières rétabli.

Un opéré de hernie crurale étranglée est mort au 7e jour de pleuropneumonie; sa plaie était aussi guérie et le cours des matières parfaitement rétabli (Quénu).

Deux hernies ombilicales étranglées ont succombé, l'une très rapidement, de collapsus, 14 heures après l'intervention *in extremis* faite par mon ancien interne et ami M. Routier; l'autre, opéré par moi, mourut de péritonite au 6e jour.

Dans trois des laparotomies exploratrices qui se sont terminées par la mort, celle-ci a eu pour cause deux fois l'épuisement des malades atteints de cancers intrapéritonéaux inopérables, mais dans les deux cas il n'y eut pas trace de péritonite. Le 3e cas était un étranglement interne dû à une péritonite chronique avec cancer; les accidents continuèrent et emportèrent rapidement la malade, opérée *in extremis*.

Enfin, un abcès du foie fort anciennement développé, et ayant profondément altéré l'état général, fut ouvert à travers la plèvre et le péritoine; l'opéré mourut au 5e jour, épuisé par une diarrhée persistante, antérieure à l'opération.

Une extirpation d'épithélioma rectal adhérent aux parois du bassin a entraîné une mort rapide par collapsus avec hypothermie. Mon ami M. Quénu avait essayé d'opérer le malade par le procédé de Kraske, mais il dut se borner à enlever la tumeur et à faire un anus sacré.

Les 130 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme nous ont donné 16 insuccès, c'est-à-dire presque la moitié de notre mortalité totale; c'est que ces opérations sont souvent graves, puisque nous y comptons 67 laparotomies pour kystes, tumeurs des ovaires et des trompes, salpingites, tumeurs et déplacements de l'utérus.

L'ablation des tumeurs de l'ovaire a donné deux morts. Dans un cas il s'agissait d'un kyste avec pédicule tordu : l'opérée mourut de péritonite septique au 2e jour; dans l'autre cas, on avait affaire à des tumeurs végétantes des deux ovaires, l'opérée succomba au choc opératoire; dans le but de la remonter un peu, on lui fit même la transfusion (Quénu).

Trois hémo-salpingites avec hématocèles ont succombé, l'une de choc, l'autre de péritonite septique, la 3e de péritonite purulente.

Deux pyo-salpingites ont été suivies d'insuccès : dans un cas il se fit au 5e jour une perforation du rectum qui entraîna une péritonite généralisée; dans l'autre cas, la mort survint par péritonite septique au 2e jour (Quénu).

Les hystérectomies abdominales, avec pédicule extérieur, ont fourni 2 décès : 1 par hémorrhagie intrapéritonéale au 3e jour

(Quénu), le second par occlusion intestinale par coudure de l'intestin au 5e jour (Quénu).

La mortalité des hystérectomies abdominales, avec pédicule rentré, est plus grande : 3 décès : 1 par urémie, il n'y avait pas de péritonite, les deux reins étaient atrophiés; 2 par péritonite septique née des sutures faites sur l'utérus.

Enfin, dans une hystérectomie abdominale pour un énorme fibrome enclavé, la mort survint par hémorrhagie pendant l'opération.

Une seule hystérectomie vaginale, pour cancer utérin, a succombé au 9e jour d'accidents urémiques. L'autopsie permit de s'assurer de l'atrophie de la substance rénale, il n'y avait pas trace de péritonite.

Dans un cas de cancer utérin fort avancé, le curettage de la cavité utérine fut suivi de mort au 12e jour. La malade mourut d'épuisement sans accidents péritoniques ni pulmonaires.

Enfin, une femme âgée (69 ans) à laquelle nous avions fait, en même temps qu'une hystéropexie, deux cures radicales de hernies inguinales, a succombé probablement au choc, en tout cas sans présenter d'accidents pulmonaires ni péritoniques. Le fait a été constaté à l'autopsie.

Les 32 opérations faites sur les organes génitaux de l'homme ne nous ont donné qu'un insuccès. Un tuberculeux, chez qui nous avons enlevé le testicule suppurant, est mort de méningite tuberculeuse 25 jours après l'opération. Il lui restait un petit trajet fistuleux insignifiant, au moment où les accidents cérébraux ont éclaté.

Les 14 interventions pratiquées sur les voies urinaires ont fourni 4 insuccès :

Deux néphrectomies succombèrent dans les 24 heures au choc : dans le premier cas il s'agissait d'une femme atteinte de pyélite suppurée et de périnéphrite; dans le second cas, c'était un enfant de 5 ans opéré par M. Quénu et porteur d'un énorme sarcome du rein; malgré la rapidité opératoire et le peu de sang perdu, la mort survint dans la journée. Enfin, un tuberculeux très avancé, opéré d'uréthrotomie pour rétrécissement très serré, mourut d'anurie au 8e jour, par tuberculose rénale.

Les opérations faites sur le membre supérieur, au nombre de 32, ont donné un insuccès, relatif d'ailleurs. En effet, un tuberculeux, auquel on fit l'arthrotomie du coude et le grattage des parties malades, mourut, plusieurs mois après, de tuberculose généralisée.

Enfin nous comptons 4 décès sur les 52 opérations faites aux membres inférieurs :

Un amputé de cuisse mourut de pneumonie septique au 2e jour;

c'était à la suite d'un traumatisme. Un amputé de jambe, apporté exsangue, mourut de choc et d'anémie traumatique aiguë en quelques heures.

Une désarticulation du genou, faite par M. Chaput, pour traumatisme, succomba à des accidents septiques au 3e jour. Une amputation tibio-tarsienne pratiquée par le Dr Hartmann d'après le procédé du Dr Guyon et pour des altérations anciennes et tuberculeuses des os du pied chez une vieille femme, se termina par la mort au 22e jour. Il s'était fait des escharres du sacrum et une mortification du lambeau. La femme mourut épuisée.

Nous allons maintenant nous efforcer de classer un peu ces diverses causes d'insuccès, et nous pensons pouvoir en tirer quelques conclusions pratiques.

Les morts rapides dues au traumatisme, au choc, comme on dit, sont au nombre de sept :

Une trépanation, une hernie ombilicale étranglée, une extirpation du rectum, une ablation de tumeurs ovariennes, une hémo-salpingite et deux néphrectomies. Dans tous ces cas, l'acte opératoire a certainement déterminé la mort à bref délai, par un mécanisme qui souvent nous échappe, et que cliniquement on dit *choc traumatique*.

Trois fois l'issue funeste a été due à la perte de sang subie par l'opéré, soit du fait même de l'opération, comme dans les deux hystérectomies abdominales, soit par suite do la blessure antérieure. Tel est le cas d'un amputé de jambe.

Trois opérés ont succombé à une sorte d'épuisement déterminé et par l'affection pour laquelle on est intervenu, et par suite du choc résultat de l'intervention : ce sont les trois opérés de laparotomie pour tumeurs malignes.

On peut rapprocher de cette cause de mort l'état d'affaissement dans lequel est tombée la malade opérée d'hystéropexie et de cure radicale des hernies.

La tuberculose a emporté deux opérés, l'un de castration pour sarcocèle tuberculeux, l'autre d'arthrotomie du coude. Dans les deux cas, l'issue fatale a été assez tardive et d'ailleurs peu en rapport avec l'intervention, quoi qu'on en ait dit, surtout à propos de la castration des tuberculeux.

Des accidents pulmonaires ou pleuro-pulmonaires ont déterminé la mort de trois opérés : une hernie inguinale étranglée et une hernie crurale étranglée et une amputation de cuisse.

Des phénomènes du côté de la sécrétion rénale, c'est-à-dire des accidents urémiques, sont survenus dans 4 cas : au 12e jour d'une hernie inguinale étranglée opérée et guérie, dans une hystérecto-

mie abdominale, dans une hystérectomie vaginale et lors d'une uréthrotomie interne, par tuberculose rénale probable.

Des accidents d'étranglement interne ont été la cause de mort dans un cas de laparotomie pour péritonite chronique, et dans une hystérectomie abdominale qui paraissait en voie de guérison.

Nous arrivons aux accidents dus à la *septicémie* sous ses diverses formes :

Dans 2 cas, la septicémie chronique antérieure à l'opération a persisté et a entraîné la mort : abcès du foie avec diarrhée incoercible; cancer utérin fort avancé et curetté.

Une fois la septicémie chronique, suite d'amputation de jambe pour carie osseuse, paraît s'être développée après l'opération, la malade étant déjà cachectique avant l'intervention.

La péritonite septique ou purulente a entraîné la perte de 8 opérées :

Une hernie ombilicale étranglée, un kyste ovarique avec pédicule tordu, deux salpingo-hématocèles, deux pyo-salpingites, deux hystérectomies abdominales.

Dans tous ces cas, sauf un seul (une pyo-salpingite), l'intoxication a suivi l'opération et est due certainement à celle-ci ; toutefois la hernie ombilicale étranglée peut faire exception, en ce sens que l'intoxication peut venir de l'intestin et échappe alors à l'action de l'opérateur.

Dans le fait déjà signalé de pyo-salpingite, ce fut une perforation tardive de l'intestin rectum et aussi l'administration intempestive d'un purgatif qui déterminèrent la péritonite septique. C'est donc un accident post-opératoire, mais non dû à la technique de l'opération.

Enfin, la désarticulation du genou pour traumatisme grave, faite par M. Chaput, succomba à la septicémie.

En additionnant le nombre de décès dus à la septicémie et à l'une de ses formes, la péritonite suppurée ou non, nous arrivons au chiffre de 9 décès sur 442 opérations, soit 2.03 0/0.

Je ferai remarquer en terminant que, comme l'année dernière, je n'ai pas observé d'érysipèle chez mes opérés ni chez mes blessés.

Deux fois des blessés ont été pris de tétanos, sans d'ailleurs avoir été soumis à autre chose qu'à des pansements antiseptiques. Dans les deux cas, les plaies étaient souillées de terre et difficiles à nettoyer par suite de l'écrasement des parties molles.

Du reste, depuis l'ouverture de l'hôpital Bichat, c'est-à-dire depuis 7 années, je n'ai observé qu'un seul cas de tétanos post-opératoire chez une malade opérée d'ovariotomie par mon excellent ami et collègue Périer.

Je dois ajouter que cette année, par suite de travaux faits dans

mon service, j'ai dû, pendant six mois, pratiquer les opérations dans des salles en communication constante avec la salle commune des malades. Cette nécessité a été certainement pour quelque chose dans les accidents post-opératoires que nous avons pu observer, en particulier pour les opérations pratiquées sur les organes intra-péritonéaux.

Présentation de pièce.

Nécrose de la tête humérale. Ossification totale de la capsule articulaire.

M. Monod présente une pièce recueillie chez un homme de 24 ans qui a subi en province, il y a dix-sept mois, une amputation intra-deltoïdienne du bras droit pour coup de feu. La plaie d'amputation a suppuré, le moignon est devenu conique et l'os nécrosé fait saillie à sa surface.

Le malade demandait à être débarrassé de ce fragment osseux; M. Monod constata, au cours de l'opération, que toute l'extrémité supérieure de l'humérus est nécrosée et contenue dans une coque osseuse qui ne paraît autre que la capsule ossifiée.

L'ablation de cette coque a pu être faite après dégagement laborieux de sa surface externe et section d'une stalactite osseuse qui l'unissait à la cavité glénoïde.

La pièce présentée est constituée par un véritable manchon osseux à parois épaisses, ouvert à ses deux extrémités, contenant la tête humérale nécrosée.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 12 mars 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. le Dr Leroy (de Méricourt), président de la section médicale du Congrès des Sociétés savantes qui doit se réunir à Paris, à la Pentecôte, invitant les membres de la Société à prendre part aux travaux du Congrès;

3° *Étude anatomique d'un prolapsus du rectum*, par M. Duret, membre correspondant, et par M. Vallin ;

4° *Fistule uréthro-pénienne due à une section incomplète de la verge par une ficelle ; paraphimosis concomitant*, par M. Piedpremier, aide-major. (M. Chauvel, rapporteur);

5° *Relevé des principales opérations faites à l'hospice d'Aurillac*, en 1889, par M. Bois. (Commissaire : M. Kirmisson);

6° M. Segond demande un congé pendant la durée du cours dont il est chargé à la Faculté ;

7° MM. Desormeaux et Humbert s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

Pyélo-néphrite suppurée avec phénomènes de cystite douloureuse rebelle. Néphrectomie sous-capsulaire. Guérison.

Par M. Charles Monod.

Il me paraît utile de rapprocher du fait intéressant qui nous a été communiqué à la dernière séance par M. Brun l'observation suivante, non encore publiée, que je résume brièvement [1].

[1] Ce fait ne fait pas partie de la série des 4 cas de nephrectomie communiqués par moi au dernier Congrès de Chirurgie; je l'ai alors passé sous

Il s'agit dans ce cas, comme dans celui de M. Brun, d'une femme jeune encore (36 ans) qui, lorsque je fus appelé pour la première fois auprès d'elle, en 1886, présentait depuis trois ans tous les phénomènes d'une cystite purulente rebelle. La miction était incessante et très douloureuse; l'urine rendue, tellement chargée de pus qu'elle avait, suivant l'expression de la malade, l'aspect d'une véritable purée. L'état général était déplorable ; les longues souffrances, le défaut d'alimentation, des vomissements fréquents, un état fébrile habituel, avaient amené un amaigrissement et une faiblesse extrêmes.

Il était évident qu'une intervention radicale et prompte s'imposait. La malade acceptait d'ailleurs toute opération capable de la délivrer de ses souffrances. Restait à savoir à laquelle il convenait d'avoir recours. Je me hâte de dire que, dans le cas présent, l'hésitation n'était pas possible. En explorant le ventre, on trouvait en effet, immédiatement, dans le flanc droit, une tuméfaction volumineuse, fluctuante, douloureuse à la pression, d'origine manifeste rénale. On était donc en droit de supposer, malgré les vives douleurs de la miction et l'état des urines, que le point de départ du mal était dans le rein, que cet organe était, du moins actuellement, profondément atteint, et que c'était de ce côté que l'action chirurgicale devait être tout d'abord dirigée. J'ajoute que cette indication avait été nettement posée par le Dr Legris, appelé depuis peu à donner ses soins à la malade.

Le plan opératoire fut le suivant : mettre à nu, ouvrir et évacuer la collection qui bombait derrière la paroi abdominale antérieure ; ce premier temps accompli, essayer de se rendre compte de l'état du rein, la décision à prendre au sujet de ce dernier devant dépendre des indications résultant de cet examen préalable. Il était non moins clair que l'attaque devait être faite par devant, c'est-à-dire du côté où la tumeur était facilement et visiblement accessible, et non par la voie lombaire, où elle ne faisait qu'une médiocre saillie.

Opération (19 décembre 1886) en présence et avec le bon concours de mes collègues et amis MM. les docteurs Schwartz et Terrillon et du Dr Legris. — Incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur les limites du flanc droit et de la région ombilicale. Commençant au niveau du rebord des fausses côtes, elle descend en avant sur une longueur de 5 à 6 centimètres, se tenant environ à un travers de main de la ligne médiane. Elle porte en somme sur la saillie visible et sensible que fait la tumeur dans le flanc droit.

La peau et les couches musculaires étant divisées, on met à découvert un feuillet fibreux qui fait corps avec le péritoine, celui-ci étant lui-même manifestement adhérent à la tumeur sous-jacente.

Ponction avec le plus gros trocart de l'appareil Potain; l'aspiration ne fournit qu'une petite quantité de pus. Sans chercher à en évacuer davantage, la collection est ouverte au bistouri, conduit le long du trocart, qui sert de guide.

silence parce que, la maladie ne pouvant à cette époque être considérée comme absolument guérie, l'observation n'était pas complète.

Un premier foyer superficiel est ainsi immédiatement ouvert. Mais la pointe du trocart s'enfonce plus profondément, et il est facile, en suivant l'instrument avec le doigt, de pénétrer dans une seconde cavité que l'on fait ainsi largement communiquer avec la première.

Du pus mélangé de sang s'écoule en assez grande abondance. En examinant alors, après cette évacuation, l'état des parties, on voit que l'on a traversé successivement une coque d'aspect lardacé qui n'est autre que la capsule fibreuse du rein épaissie, puis le rein lui-même qui était le siège du second foyer purulent.

Le doigt poussé plus avant dans l'épaisseur du rein constate qu'il est occupé par une série de cavités cloisonnées, communiquant imparfaitement les unes avec les autres.

La désorganisation de l'organe est telle que son ablation partielle ou totale paraît nécessaire. Elle semble devoir être facile; la surface externe du rein se laisse, en effet, aisément détacher de la face profonde de la capsule fibreuse épaissie.

On réalise ainsi une véritable décortication sous-capsulaire du rein, qui permet d'amener au dehors une masse lobulée, rougeâtre, fluctuante, qui n'est autre que le rein encore distendu par des foyers purulents non évacués.

La libération de l'organe ne se fait pas cependant ainsi d'une façon complète; le pédicule qui forme la base de la tumeur extraite de la cavité abdominale est énorme et manifestement constitué par une portion du rein lui-même, trop adhérent en ce point à son enveloppe pour en être détaché sans danger.

Il paraît, en tout cas, plus sage de s'en tenir là, et de se contenter de réséquer toute la partie isolée et devenue accessible. Pour cela un fil de fer est jeté à la base de cette partie et serré avec le ligateur Cintrat. Section aux ciseaux au-devant du fil; chemin faisant plusieurs cavités purulentes sont ouvertes.

La plaie que l'on a sous les yeux est alors constituée de la façon suivante : au centre, le moignon rénal serré dans la ligature; autour, la capsule épaissie séparée du moignon par un sillon circulaire. La capsule elle-même est confondue par sa face externe avec le péritoine. La cavité péritonéale n'a pas été ouverte.

Toutes les surfaces saignantes sont exactement nettoyées avec la solution de sublimé à 1/1,000. Une contre-ouverture est faite dans la partie latérale de la plaie, permettant l'introduction d'un drain qui sort dans la région lombaire. Toute la plaie est bourrée de gaze iodoformée; elle est recouverte à sa surface de gaze phéniquée chiffonnée; Mac Intosh, ouate phéniquée et bandage du corps.

Durée de l'opération : une heure. La malade est affaissée, très pâle; pouls petit. Piqûre d'éther.

Je passe rapidement sur les suites de l'opération. La réaction fut modérée; la température n'atteignit pas dans les premiers jours 38°, mais la malade se remit lentement. Peu à peu cependant l'état général se relève; le moignon rénal, serré dans la ligature, s'élimina par frag-

ments; la plaie se rétrécit, et la malade put, à la fin de janvier, un peu plus d'un mois après l'opération, être reconduite à son domicile.

Point intéressant à noter et sur lequel je reviendrai : dès le lendemain de l'opération, les urines, très diminuées en quantité, ne contenaient pour ainsi dire plus de pus ; on y découvrait encore au microscope des leucocytes évidents, mais le dépôt purulent, si abondant auparavant, ne se produisait plus.

J'avais été quelque temps sans revoir Mme M..., lorsque le 13 février je fus appelé auprès d'elle. Elle souffrait cruellement dans le côté droit du ventre et dans la cuisse et le genou correspondants. La plaie principale, réduite à une petite cavité anfractueuse, était presque fermée, la contre ouverture lombaire l'était depuis longtemps ; mais une nouvelle collection s'était formée, appréciable par le palper abdominal, à droite de l'ombilic, mais surtout saillante à la région lombaire ; la pression à ce niveau donnait une sensation de fluctuation très nette et était très douloureuse.

Une incision faite aussitôt donne issue à un flot de pus fétide, et permet de pénétrer dans une vaste cavité qui est soigneusement évacuée et lavée. Drain et pansement antiseptique.

Pour expliquer cet incident, je dois rappeler qu'il était resté à la suite de l'opération, en arrière de la plaie, qui se fermait peu à peu, une masse dure que nous considérâmes, non sans raison, comme constituée par les tissus périrénaux chroniquement enflammés. C'était cette masse qui avait peu à peu subi la fonte purulente, véritable phlegmon périnéphrétique qui était venu faire saillie à la région lombaire droite.

A partir du jour où cette collection eut été vidée, la convalescence s'établit franchement. Les forces revinrent ; l'appétit était régulier ; la malade reprit même un véritable embonpoint. La suppuration tarda cependant à se tarir complètement. La plaie de la région lombaire se ferma la première ; mais ce n'est que tout récemment que celle de la paroi abdominale antérieure, correspondant à la première incision faite, cessa de fournir du pus. Il s'était formé en ce point un orifice fistuleux donnant passage à un liquide séro-purulent (jamais à aucun moment à de l'urine), qui ne s'est définitivement fermé qu'à la fin de l'année 1889, c'est-à-dire quatre ans seulement après l'opération subie.

J'ai revu la malade il y a quelques jours. Elle a beaucoup engraissé et a toutes les apparences de la santé ; mais elle se plaint encore de mictions fréquentes et un peu douloureuses. L'urine est claire et ne contient pas de pus.

Je ne ferai suivre le récit du fait qui précède que de courtes réflexions.

Faut-il admettre que dans ce cas, comme dans celui de M. Brun, la vessie a été primitivement malade, le rein n'étant atteint que secondairement et à la longue? Je ne le pense pas. Je rappellerai en effet que du jour où le foyer purulent rénal a été supprimé les urines ont cessé de contenir du pus ou n'en ont conservé que

des traces, et cela sans aucune intervention locale, lavages, cautérisations, etc. Force est donc d'admettre que le pus contenu dans les urines provenait du rein et non de la vessie. Celle-ci n'a pas été sans souffrir de ce contact, puisque actuellement encore elle demeure irritable, la miction étant toujours fréquente et un peu douloureuse.

L'enseignement qui ressort de cette histoire est donc que l'on ne saurait trop porter son attention du côté du rein, alors même que les phénomènes observés paraissent d'origine purement vésicale. Cette exploration, faite à temps chez notre malade, lui aurait épargné de longues souffrances, et l'état général grave qui avait fini par mettre sa vie en danger.

Non que je soutienne qu'il en sera toujours ainsi, que dans le cas de M. Brun en particulier il eût été préférable d'agir sur le rein avant de s'adresser, comme il a dû le faire, à la vessie. Je veux dire seulement que l'exploration du rein devra toujours être faite et, que lorsqu'il paraîtra altéré, et surtout lorsqu'il sera le siège d'une collection purulente évidente, c'est de ce côté que devra porter tout d'abord l'action chirurgicale.

Discussion.

M. Terrillon. J'observe en ce moment dans mon service à la Salpêtrière un cas fort intéressant qui prouve, ainsi que cherchaient à le démontrer mes collègues, que souvent les phénomènes de cystite même très graves disparaissent lorsque la maladie du rein, qui en était la cause principale, a disparu.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui est entrée dans mon service en novembre 1889. Elle souffrait depuis plusieurs années d'une cystite purulente extrêmement douloureuse et qui n'avait cédé à aucun des traitements institués du côté de la vessie. Il y a quelques mois on s'était aperçu qu'elle avait dans la région du rein gauche une tumeur qui alla en augmentant et remplit bientôt une partie de l'abdomen.

Lorsqu'elle entra dans mon service, on trouvait une tumeur fluctuante occupant tout l'hypocondre gauche, refoulant le diaphragme en arrière et dépassant la ligne médiane pour s'étendre à cinq travers de doigt dans la région du flanc droit.

Par une laparotomie médiane pratiquée au niveau de l'ombilic, je pénétrai dans le péritoine d'abord, puis dans une immense hydronéphrose suppurée contenant quatre litres de liquide. Ce liquide était purulent et répandait une faible odeur d'urine. La poche étant largement ouverte, on put facilement l'explorer avec

la main et reconnaître qu'elle remontait assez haut dans le thorax, du côté gauche, et qu'elle présentait des loges séparées par des cloisons, ayant l'apparence du bassinet extrêmement dilaté

Cette poche fut lavée avec soin, largement drainée, et l'antisepsie fut surveillée avec soin pendant les jours suivants.

L'état de la malade s'améliora immédiatement. Elle n'eut ni fièvre ni accident, et nous fûmes très étonné au bout de quinze jours de voir disparaître complètement, non seulement l'urine purulente, mais aussi les phénomènes douloureux du côté de la vessie. Actuellement cette malade ne souffre plus; elle a engraissé, et la cavité rénale contient à peine 30 à 40 grammes de liquide.

Je ne sais quel est l'avenir réservé à ce trajet dont les parois sont constituées par le rein atrophié; je compléterai plus tard cette observation. Mais je voulais insister surtout sur la disparition des phénomènes vésicaux qui eut lieu spontanément.

M. Le Dentu. On sait que les affections primitives du rein et du bassinet se compliquent souvent, non seulement de cystalgie, mais de cystites véritables, et que d'un autre côté des cystites primitives peuvent déterminer de graves lésions inflammatoires et suppuratives de l'appareil urinaire supérieur. Un examen attentif permet toujours de découvrir le point de départ de l'affection, et au chirurgien de déterminer, en connaissance de cause, le mode de son intervention. J'ai obtenu par la colpocystotomie des guérisons de cystites compliquées d'uretéro-pyélites, alors que ces dernières complications n'avaient pas encore produit de trop graves lésions. J'ai eu récemment des nouvelles d'une femme que j'ai guérie par cette seule intervention il y a quatre ou cinq ans; elle est toujours en bonne santé. Le rein de cette malade n'avait pas encore subi de distension très notable au moment où je l'opérai.

Si la pyélonéphrite est primitive, il est clair que la taille vaginale serait parfaitement inutile.

Si le rein est notablement développé, c'est à lui qu'il faut s'attaquer directement.

Si les lésions rénales sont peu accentuées, il convient de pratiquer d'abord la colpocystotomie, quitte à agir sur le rein, si on n'obtient pas d'amélioration suffisante.

Je rappellerai du reste que l'on a dû parfois, et le cas m'est arrivé, revenir à une intervention sur la vessie après avoir attaqué d'abord le rein.

M. Schwartz. J'ai pratiqué deux fois la cystotomie vaginale. J'opérai ma première malade il y a trois ans, pour une cystite rebelle, déterminant un ténesme insupportable et une purulence extrême de l'urine.

Tous les accidents douloureux disparurent d'emblée. Je fis ultérieurement des lavages vésicaux avec des solutions d'azotate d'argent à 1/000. Au bout de six mois, l'amélioration était telle que je songeai à refermer la fistule vaginale.

La suture de la vessie, dont les parois étaient excessivement hypertrophiées, était à peine achevée que les douleurs, les mictions fréquentes reparurent. Enfin le ténesme devint tel que le troisième jour les sutures cédèrent toutes.

Six mois après, je fis une deuxième tentative aussi infructueuse que la première, puisque je dus moi-même rouvrir la fistule. La purulence avait cependant cessé et l'urine n'était plus troublée que par quelques fausses membranes. Enfin dix-huit mois après la taille vaginale je fis une troisième opération qui me donna un succès presque complet. Il ne resta plus qu'une fistulette que j'espérais oblitérer par quelques cautérisations au thermo-cautère. Il n'en fut pas ainsi et je dus renoncer à l'espoir d'amener la fermeture définitive de la vessie. Depuis quelque temps, du reste, l'urine est purulente et la fistulette s'est notablement agrandie. Ma deuxième malade avait, en même temps qu'une cystite intense, un rein augmenté de volume. Six mois après la taille vaginale, la cystite était guérie, et l'affection rénale très améliorée. J'ai perdu de vue la malade depuis cette dernière constatation. J'ajoute que le rein n'était que peu tuméfié, peu douloureux, et que la malade n'avait point eu de vomissements.

M. Brun. C'est en toute connaissance de cause que j'ai fait précéder de la taille vaginale l'intervention que j'ai dû plus tard diriger sur le rein. La cystite était en effet primitive; l'uretéropyélite ne s'est développée que consécutivement.

La sensibilité excessive de la vessie à la palpation bimanuelle, les douleurs intenses, à toute tentative de distension, ne permettaient point la confusion avec une cystalgie réflexe. La lésion uretérale inférieure était accentuée et facile à constater au moyen du toucher combiné à la palpation ; le rein n'avait d'abord subi qu'une légère augmentation de volume.

Ma malade n'aurait pu supporter au début la néphrectomie qui ne fut rendue possible que grâce à l'amélioration produite par la taille. Je reconnais, moi aussi, toute l'importance qu'il y a à distinguer la cystalgie réflexe de la cystite vraie.

Il faut de même s'attacher à ne point méconnaître la nature tuberculeuse de certaines cystites. La section vaginale améliore très sûrement ces dernières ; mais l'occlusion de la fistule devient impossible, sans retour immédiat des accidents. J'ai pu clore facilement la fistule de ma malade, qui n'a conservé d'autre gêne qu'un

certain degré d'irritabilité vésicale qui la force à uriner toutes les deux heures environ.

M. Schwartz. Mes deux opérées n'étaient point tuberculeuses, et celle qui a été à plusieurs reprises l'objet de mes tentatives opératoires n'a d'autres inconvénients que ceux résultant de la fistule.

M. Monod. Je n'ai prétendu en aucune façon critiquer la manière de procéder de M. Brun, ni voulu dire que dans les cystites ou cystalgies il fallait d'emblée diriger une action contre le rein. Je suis d'avis, au contraire, qu'il faut soigneusement établir le point de départ des accidents.

Rapport.

De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers, par le Dr A. Schmit, médecin-major.

Rapport par M. Chauvel.

L'important mémoire que nous a envoyé notre collègue de l'armée a pour point de départ une intéressante observation personnelle.

Il s'agit d'un cavalier qui, dans une chute faite aux exercices de voltige, en 1884, s'était rompu certains faisceaux musculaires de la région interne des deux cuisses. Il en résulta l'impossibilité absolue de monter à cheval, en raison des douleurs qu'occasionnait la contraction des adducteurs et de l'impuissance du mouvement d'adduction. Plus tard, le blessé, rentré dans la vie civile, ne pouvait ni marcher longtemps, ni supporter aucune fatigue.

Rappelé en 1889, comme réserviste, au 20e escadron du train, R. J... fut soumis à l'examen du Dr Schmit. Il présentait deux tumeurs manifestement osseuses, la droite siégeant dans le muscle premier adducteur, qu'elle envahit de ses insertions pubiennes à ses attaches fémorales, la gauche limitée à la partie supérieure de l'adducteur moyen. Véritables stalactites osseuses, appendues par leur base au pubis, ces masses, douloureuses à la pression, à bords durs et saillants, à surface plus ou moins inégale, mobiles sous la peau, sont des types parfaits de l'ostéome des cavaliers.

Analysant les observations antérieurement publiées, au nombre de dix-huit, notre collègue en tire la conclusion que deux conditions sont nécessaires pour le développement de ces tumeurs : 1° un

traumatisme musculaire, contusion, déchirure ou rupture; 2° le jeune âge et une prédisposition spéciale. Ce n'est que chez les recrues, lors des premiers exercices d'équitation, qu'on les a vues se produire, c'est-à-dire à une époque de la vie où l'ossification est encore en pleine action.

Nous ne suivrons pas M. Schmit dans ses considérations sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic de ces productions morbides. Son mémoire est une véritable monographie du sujet, et de tels chapitres ne supportent pas l'analyse. Disons seulement avec lui que l'ostéome bilatéral est rare, et que l'accroissement lent mais progressif de ces ossifications est bien démontré par son observation.

Au point de vue du traitement, notre collègue, sans demander l'opération quand même, est éloigné de l'abstention systématique préconisée par certains auteurs. Il range les ostéomes en quatre catégories : 1° ostéomes non douloureux et ne supprimant pas la capacité de travail; 2° ostéomes non douloureux mais supprimant la capacité de travail; 3° ostéomes douloureux tout en permettant le travail; 4° ostéomes douloureux et rendant le travail impossible. Aux premiers il ne faut pas toucher. Pour les trois derniers groupes, au contraire, l'intervention paraît nettement indiquée. Non seulement elle s'est montrée sans danger, mais dans les cas où elle a été mise en usage, trois fois sur quatre les fonctions se sont presque complètement rétablies. Sans espérer toujours un aussi brillant résultat, nous pensons comme M. Schmit que du moment où les douleurs sont vives et l'impuissance fonctionnelle préjudiciable, le chirurgien peut céder aux sollicitations du blessé. Mais il sera prudent, croyons-nous, de ne pas promettre en même temps la disparition des douleurs et le rétablissement des mouvements.

Messieurs, le mémoire de M. le Dr Schmit ayant été récompensé par la Société (mention honorable pour le prix Laborie, en 1889) dans la séance annuelle de janvier, je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

Rapport.

Opération de Mikulicz pour une fracture des os du tarse compliquée de luxation du scaphoïde transporté au niveau de la petite apophyse du calcanéum. Guérison; marche parfaite, par le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Chauvel.

Après le travail si complet de notre collègue M. Berger sur l'amputation ou, si on l'aime mieux, sur la résection de Wladimiroff-Mikulicz, il est à peu près impossible de dire sur cette question quelque chose d'intéressant ou de nouveau. Cependant, les indications, le manuel de cette opération, étant encore en discussion aujourd'hui, M. le Dr Chaput s'est cru autorisé à nous communiquer une observation personnelle, et votre rapporteur a le devoir de l'analyser et d'en apprécier les résultats.

C'est pour un traumatisme du pied droit, datant de près d'un an, et suivi de troubles fonctionnels graves, que le nommé Ch..., 24 ans, charretier, entrait, le 7 mars 1889, à l'hôpital Laënnec. L'examen fit constater une déformation considérable du cou-de-pied et de la portion tarsienne du pied droit. Inutile d'entrer dans la description minutieuse de ces altérations de forme, des changements de rapport des divers os du tarse. Disons seulement que les mouvements de flexion du pied étaient très limités, mais qu'il existait, en revanche, une mobilité anormale, latérale, très prononcée, avec des craquements violents. Le diagnostic porté par M. Chaput fut : fracture des os du tarse, vicieusement consolidée, avec lésions d'arthrite sèche et ossifications périphériques dans les parties molles.

Après l'opération, on put constater que le scaphoïde avait été transporté en masse sur la petite apophyse du calcanéum, dont le sommet était brisé. La figure ci-jointe montre bien cette disposition. Du col et de la tête de l'astragale brisés comminutivement, il ne reste plus qu'un petit moignon pointu attenant au corps de l'os et de multiples débris, les uns soudés, les autres indépendants. Le cuboïde, hypertrophié, est subluxé en bas et en dedans. Le calcanéum présente une fracture de la partie interne et inférieure de sa grosse apophyse, en outre de l'écrasement déjà signalé de la petite. Les lésions, en grande partie prévues, expliquent les symptômes observés avant l'intervention.

Après avoir longuement discuté les procédés opératoires applicables à ce malade, je finis, dit notre confrère, par me décider en faveur de l'opération de Mikulicz comme la moins mutilante, et

aussi parce qu'elle ne devait pas amener de raccourcissement. L'exécution en fut en partie régulière. Cependant M. Chaput éprouva certaines difficultés dans la dissection de son lambeau, au niveau des fragments irréguliers et saillants de la tête astragalienne. De même la soudure osseuse de l'articulation médio-tarsienne l'obligea de couper à la scie au niveau de l'interligne. En haut, le tibia et le péroné furent divisés à un doigt et demi de la surface articulaire.

Les derniers temps de l'opération, en particulier l'hémostase, furent longs et difficiles. Il fallut renoncer à la réunion des segments nerveux, des bouts du tibial postérieur, et à la suture osseuse, ainsi qu'au redressement immédiat des orteils. Un suintement sanguin obligea d'enlever quelques fils et de renouveler deux fois le pansement dans les premiers jours. Cependant, la cicatrisation des parties molles était complète dès le septième jour, sans fièvre.

Au bout d'un mois, M. Chaput fit, sous le chloroforme, le redressement des orteils. La peau, œdématiée, se déchira à la base du gros orteil; mais, sous un pansement iodoformé, cet accident n'eut pas de suites. Vers la même époque, et bien que la consolidation osseuse ne fût pas complète, le malade marchait avec une botte silicatée et usait très convenablement de sa jambe. Le 7 novembre, un kyste synovial, développé au côté interne du dos du pied, dut être ouvert, en raison des douleurs dont il était le siège; la guérison était complète en dix jours.

Le 18 décembre 1889, jour où les pièces furent présentées à la Société de chirurgie, le malade, muni d'un soulier spécial, marchait admirablement, courait, sautait. Son moignon, solide, présentait de faibles mouvements d'oscillation d'avant en arrière et des mouvements latéraux insignifiants. Il n'y avait pas d'anesthésie, et si les quatre derniers orteils avaient conservé de la raideur, le gros orteil jouissait d'une mobilité très étendue. En somme, dit M. Chaput, le résultat est des meilleurs.

Nous n'avons aucune raison de contester le bon résultat obtenu par notre distingué confrère, et nous l'en félicitons sincèrement, car les accidents du début, les difficultés opératoires, pouvaient faire craindre une terminaison moins heureuse. Bien que la suture des deux bouts du tibial postérieur, en partie réséqué, ait été le plus souvent négligée, et qu'il n'en soit rien résulté de fâcheux pour la sensibilité et la nutrition de l'avant-pied conservé, il y avait, physiologiquement au moins, utilité à la tenter. Le fait de M. Chaput démontre que cette suture est loin d'être aisée, si l'on n'a pas eu le soin d'isoler avant de les sectionner, en haut et en bas, les extrémités nerveuses. Mais cet isolement entraîne dans l'exécution

de l'opération une augmentation de durée qui ne saurait être sans inconvénient.

Nous n'avons pas encore rencontré jusqu'ici l'occasion de pratiquer l'opération de Mikulicz; mais les essais faits à l'amphithéâtre nous ont montré qu'elle exigeait un temps assez long. La suture des bouts du nerf tibial postérieur, leur isolement préalable, compliquent, sans grande utilité, le manuel opératoire. En serait-il de même de la suture osseuse ? M. Chaput l'a pensé et s'est contenté d'immobiliser les parties avec des attelles plâtrées et métalliques. Si la réunion ne s'est qu'incomplètement faite, ainsi que semble le démontrer la persistance de mouvements d'oscillation et de latéralité au niveau de l'accolement osseux, la marche ne s'en est pas trouvée gênée. Pour un peu, notre collègue dirait que cette élasticité, ce jeu de l'extrémité des moignons, contribue au rétablissement des fonctions. Nous sommes un peu sceptique sur ce point, et nous pensons qu'une soudure osseuse parfaite assure un meilleur fonctionnement qu'une mobilité même un peu limitée.

Du procédé opératoire, nous n'avons rien à dire. Lors de la communication de M. Berger, nous faisions remarquer que les incisions latérales, avec conservation de toutes les parties molles, telles que les avait employées notre excellent collègue, seraient difficilement applicables chez les hommes adultes et dans les lésions traumatiques. M. Chaput ne s'est guère écarté du procédé classique, et ses quatre incisions lui ont été nécessaires pour mener l'opération à bien. C'est que les parties avaient été profondément altérées dans leur situation, dans leur forme, dans leurs rapports, par l'action traumatique.

On pouvait dans l'espèce, dit M. Chaput, faire l'opération de Le Fort ou celle de Pirogoff. J'ai préféré celle de Mikulicz, parce qu'elle ne donne aucun raccourcissement, parce que la conservation des orteils est très utile au point de vue de la sensibilité, et aussi relativement au rôle actif qu'ils jouent dans la marche. J'ajouterai enfin qu'avec l'opération de Le Fort on n'aurait pas pu enlever le scaphoïde luxé, sans s'exposer à blesser les vaisseaux et les nerfs plantaires. D'autre part, les laisser exposait le malade à la persistance de ses douleurs.

N'ayant point eu sous les yeux le blessé de M. Chaput, nous n'avons aucun droit de discuter la nécessité d'une opération que notre distingué collègue jugeait indispensable. Mais, ceci posé, nous pensons qu'il y avait utilité à ménager autant que possible les os du tarse et de la jambe. S'il n'y avait pas de déviation du pied, si l'organe s'appliquait exactement au sol, si le seul obstacle à la marche était constitué par des douleurs résultant de la situation vicieuse du scaphoïde, ne suffisait-il pas d'enlever cet os de sa

position anormale. Si parfaits que soient les résultats d'une opération de Wladimiroff-Mikulicz, ils ne peuvent être supérieurs à ceux qu'eût donné une intervention plus limitée.

Admettant cependant la nécessité d'une opération plus large, nous sommes en droit de nous demander encore si la résection de la tête et du col de l'astragale, l'ablation du scaphoïde et du cuboïde, véritable *tarsectomie antérieure*, n'eût pas suffi pour faire disparaître les douleurs et pour restituer les fonctions. L'opération de Mikulicz est véritablement effrayante. Elle supprime une étendue si considérable du squelette de l'arrière-pied et de la jambe, elle détruit tant de parties molles, vaisseaux et troncs nerveux; elle place l'avant-pied dans une situation si anormale et rend l'appui si borné, qu'elle nous semble devoir être réservée à des lésions graves et mal limitées. D'un autre côté, ses résultats définitifs sont encore discutés, sa valeur réelle n'est pas mise hors de cause. Nous lui aurions préféré, dans le cas actuel, la résection de Le Fort, et mieux encore une tarsectomie, ce qui ne veut pas dire que nous méconnaissions le mérite de M. Chaput et l'intérêt de son observation.

Ayant résumé les points intéressants du fait, nous vous proposons : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives; 3° de le classer en rang honorable parmi les candidats au titre de membre titulaire.

Discussion.

M. Berger. J'ai examiné avec soin l'opéré de M. Chaput, et j'ai constaté une certaine mobilité entre les os du tarse et ceux de la jambe. Le résultat fonctionnel est bon nonobstant. Ce fait tendrait donc à prouver qu'une soudure osseuse complète n'est pas indispensable.

M. Chauvel. La mobilité, qui dans le cas actuel était faible et sans grand inconvénient, entraînerait une gêne excessive, si elle était plus accentuée.

M. Berger. Je crois que l'on a dû recourir à des opérations dans le but d'amener une soudure plus intime des surfaces osseuses, dans quelques cas, voire même pratiquer une nouvelle amputation.

Communication.

Cancer du rein droit. Néphrectomie lombaire. Guérison, par le Dr Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille, membre correspondant de la Société de chirurgie.

(Observation recueillie par M. G.-Z. Metaxas, chef de clinique.)

Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une observation de néphrectomie qui présente quelques particularités intéressantes, bien qu'elles ne soient pas entièrement nouvelles.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, entré le 17 janvier 1890 dans mon service, sans antécédents héréditaires ni personnels. Il se plaint de souffrir depuis dix-huit mois de douleurs épigastriques violentes, avec irradiation vers l'ombilic, survenant surtout le soir après son dîner, et suivies de vomissements bilieux. Il y a quatre mois, il a été pris brusquement pendant la nuit d'une envie pressante d'uriner et il a pissé du sang presque pur avec des caillots vermiformes dont quelques-uns avaient près de 10 centimètres de longueur.

Pendant les douze heures qu'a duré cette première attaque d'hématurie, le malade a eu plusieurs mictions sanglantes. Souvent les caillots ont interrompu le jet de l'urine. Jamais ces pissements de sang n'ont été accompagnés de douleurs comparables à la colique néphrétique.

Depuis cette époque les hématuries se répétèrent une fois par mois environ. Il en a eu quatre ou cinq jusqu'à présent. Chaque fois, le malade était pris brusquement, sans cause apparente, soit le jour, soit la nuit, d'une envie pressante d'uriner et pissait du sang. La dernière hématurie date de vingt jours.

A part les douleurs épigastriques, le malade n'a jamais eu d'autres douleurs dans les flancs, dans les régions lombaires ou ailleurs. C'est pour ses crampes d'estomac qu'il se présenta à la consultation et qu'on put constater sa tumeur rénale, dont il ne s'était jamais aperçu.

État actuel. — Le malade est un grand blond grisonnant, pâle, maigre et peu musclé. Il s'est affaibli dans ces derniers temps, mais il dit ne pas avoir maigri. Son état général est assez satisfaisant. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal. Radiales athéromateuses. Constipation habituelle.

Les régions épigastrique et ombilicale sont légèrement douloureuses à la pression.

Il urine trois ou quatre fois dans la nuit et autant dans la journée. Aucun autre trouble de la miction.

Les urines sont claires, transparentes, très pâles, ambrées et ne forment pas de dépôt. Elles n'ont jamais présenté la moindre trace de sang depuis son entrée à l'hôpital; elles sont légèrement acides et ne contiennent pas d'éléments anormaux.

Pendant les dix jours qui ont précédé l'opération, la quantité a été de 2,000 grammes au minimum et de 2,750 grammes au maximum, il y avait donc de la polyurie. L'examen chimique, surtout au point de vue de l'urée, en a été fait à plusieurs reprises, avant et après l'opération, par M. Domergue, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

La moyenne journalière de l'urée a été la même avant et après l'opération, c'est-à-dire 17gr,32 (urée totale).

Examen local. — On constate d'abord, à l'inspection, que le côté droit de l'abdomen est plus plein. La concavité normale du flanc droit est effacée. Les veines sous-cutanées du côté droit de l'abdomen et de la partie voisine du thorax sont légèrement dilatées. Il n'y a pas de varicocèle. En arrière, la région lombaire droite paraît aussi plus pleine que la gauche, qui présente son méplat normal.

Le palper fait reconnaître que le flanc droit est rempli par une tumeur résistante, assez dure, arrondie, à surface régulière non lobulée, du volume d'une tête de fœtus à terme et s'avançant en dedans, jusqu'à deux travers de doigt à droite de l'ombilic et en bas jusqu'à une ligne transversale qui passerait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En haut, son bord supérieur, moins facile à délimiter, se trouve un peu au-dessous du rebord costal de l'hypochondre droit.

La tumeur est très mobile et l'on produit très facilement le phénomène du ballottement. Aucune douleur spontanée ou à la pression au niveau de la tumeur.

La percussion (superficielle et profonde) donne en avant de la matité; car toute l'étendue de la tumeur se confond en haut, sans ligne de démarcation, avec la matité hépatique qui remonte presque jusqu'au mamelon droit.

Pas de zone de sonorité au niveau de la tumeur. Le foie paraît aussi augmenté de volume. Sur la ligne médiane, sonorité sur toute l'étendue de l'abdomen; sonorité tympanique et percussion douloureuse dans la région épigastrique.

L'examen de la région rénale gauche et du reste de l'appareil urinaire ne révèle rien d'anormal.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein droit paraissant facile à opérer, étant donnée sa grande mobilité.

Opération (31 janvier 1890). — Le malade chloroformé est couché sur le flanc gauche, qui est relevé par un coussin. Toutes les précautions antiseptiques sont prises comme d'habitude. On fait sur la région lombaire et le flanc droit une incision commençant en haut, un peu au-dessous de la 2e côte, à 7 centimètres de la ligne médiane du dos, se portant obliquement en bas et en dehors, vers la crête iliaque, un peu au-dessus de laquelle elle change de direction pour devenir presque horizontale, longer la crête iliaque à deux travers de doigt au-dessus d'elle jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après l'incision de la peau et du tissu sous-cutané, on divise la partie correspondante du grand dorsal et enfin on arrive jusqu'à la couche sous-péritonéale.

La couche qui enveloppe la tumeur est très vasculaire et saigne beaucoup. La tumeur étant aussi très friable, le pincement des vaisseaux est impossible. On introduit alors la main pour décoller le péritoine, isoler la tumeur, terminer rapidement l'opération et mettre ainsi fin à l'hémorrhagie assez abondante qui se produit.

Mais la tumeur ramollie s'écrase facilement et la main, introduite à plusieurs reprises, ramène des masses de bouillie cancéreuse et des fragments de la capsule très épaissie. Une partie du néoplasme étant ainsi extraite par morcellement, on peut enfin déloger et amener au dehors le reste de la tumeur, c'est-à-dire sa partie supérieure moins altérée, plus résistante et qui se prolongeait très haut. Après avoir isolé, lié et coupé l'uretère, on isole le pédicule, large de 3 centimètres, sur lequel on place une longue pince de Péan, qui est laissée à demeure, et on complète l'ablation du néoplasme.

On place un gros drain dans la partie lombaire de la plaie et on la bourre avec de la gaze iodoformée. La partie de l'incision correspondant à la paroi latérale de l'abdomen est suturée. Le pansement est complété avec de l'ouate phéniquée et de l'ouate de tourbe.

Le malade étant très affaibli après l'opération, on lui fait deux ou trois injections sous-cutanées d'éther. Il prend un peu de rhum et du lait dans la journée. Pas de vomissements, ni nausées.

Dans l'après-midi et dans la nuit, il a beaucoup souffert à cause de la pince qui, faisant saillie en dehors de la plaie, l'empêchait de changer de position.

Les suites de l'opération ont été très simples, et le 21 février le malade était entièrement guéri.

A ce moment un résultat très net est acquis, c'est la disparition complète de la douleur très pénible, à la pression de la région épigastrique, et la cessation des crampes d'estomac qui faisaient tant souffrir le malade après ses repas et pour lesquelles il s'est présenté à l'hôpital.

La quantité moyenne des urines par vingt-quatre heures, depuis l'opération jusqu'au 21 février, a été de 1,615 grammes et s'est élevée parfois jusqu'à 2,500 grammes (21 février).

Les points intéressants de cette observation sont donc :

1° Les douleurs épigastriques accompagnées de vomissements qui paraissent avoir marqué le début de la tumeur et qui n'étaient accompagnées d'aucune douleur du côté du rein;

2° L'absence de varicocèle, malgré la présence d'une tumeur maligne volumineuse ;

3° La polyurie constatée avant et après l'opération;

4° La constance du chiffre moyen de l'urée, qui, avant comme après l'opération, a été de 17gr,32. Le signe invoqué par MM. Romelaere et Thiriar était donc ici, comme dans bien d'autres cas, en défaut;

5° Le volume considérable de la tumeur épithéliale et son peu de retentissement sur l'état général ;

6° L'absence de sonorité sur la partie antérieure de la tumeur et la sensation de cordon aplati dû à la présence du côlon.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. le professeur Nepveu, qui a bien voulu me remettre à ce sujet la note suivante :

Épithélioma colloïde du rein, par le professeur G. Nepveu.

Au point de vue histologique, trois points attirent l'attention : 1° la nature de la tumeur ; 2° son mode de progression ; 3° ses origines.

1° *Nature de la tumeur.* — Les cellules qui forment la tumeur sont épithéliales ; leur forme est variable ; sur le bord des cavités où elles se trouvent, elles sont le *plus souvent* polygonales, polyédriques. Leurs noyaux se colorent vivement, leurs nucléoles sont partout bien visibles ; le protoplasma de ces cellules est transparent, colloïde. Toutes ces cellules augmentent peu à peu de volume, de la périphérie de ces cavités à leur centre, et là finissent par y éclater et y verser leur *contenu*, très faiblement granuleux, et leurs *noyaux*, qu'on y aperçoit isolés et bien colorés. Nous avons donc affaire ici à des *épithéliums colloïdes* de formes variées, surtout polyédriques, très rarement cylindriques, atypiques.

Ces cellules sont le plus souvent réunies dans des cavités irrégulières ; dans quelques-unes on ne trouve pas le fin lacis alvéolaire décrit dans le carcinome par quelques auteurs ; mais dans d'autres on trouve cette disposition alvéolaire et les fines travées anastomosées qui le caractérisent.

Ces deux formes, non alvéolaire et alvéolaire, répondent à deux lésions diverses : la première dérive de foyers épithéliaux dans les canalicules eux-mêmes ou en dérivant ; la deuxième, de foyers qui ont leur origine dans le tissu conjonctif, d'où dérive ce fin réticulum alvéolaire.

Toutes nos coupes, au nombre d'une centaine, ont été faites sur des morceaux durcis dans l'alcool absolu, la liqueur de Müller, et colorés par le picro-carmin, la vésuvine, etc.

2° Le *mode de progression* de l'épithélioma rénal a été souvent décrit et ne nous arrêtera pas longtemps.

On observe ici la production, tout autour des foyers adultes, de nombreuses cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif ambiant. Au centre de quelques-uns de ces foyers, on distingue aisément de petites cellules épithéliales polyédriques et irrégulières. Ces cellules embryonnaires sont très nombreuses le long

des capillaires, des canalicules de tous ordres du rein, comme des glomérules de Malpighi. Le premier effet d'une telle poussée, c'est l'atrophie de tous les canaux glandulaires. Plus près encore des grands foyers épithéliaux adultes de la tumeur, on s'aperçoit que dans les canalicules, les anses de Henle, dans le glomérule de Malpighi, l'épithélium rénal végète et prolifère d'une façon évidente. Mais, en somme, le mode de progression de l'épithélioma rénal se fait par une espèce de néphrite *néoplasique*, tout entière formée de cellules « dites embryonnaires », qui rapidement se transforment en épithéliums.

3° *L'origine* de la lésion me paraît multiple. J'ai pu, comme Klebs, Birch-Hirschfeld, trouver, dans des canalicules contournés dont la lésion débutait, de véritables bouchons épithéliaux continus avec l'épithélium de la paroi; cet épithélium n'avait aucun des caractères de l'épithélium normal. C'était là des cellules épithéliales néoplasiques. J'ai pu observer la même lésion, au début, dans des glomérules de Malpighi : la membrane de Bowmann était tapissée de plusieurs couches épithéliales néoplasiques gonflées et dont quelques-unes avaient éclaté dans la capsule. Le glomérule de Malpighi lui-même était parfois atrophié et comprimé, mais reconnaissable; parfois les cellules de la surface étaient toutes augmentées de volume et prenaient l'aspect colloïde; parfois encore, mais *rarement*, le glomérule paraissait augmenté de volume par la production néoplasique.

On pouvait sur certaines coupes suivre quelques fins canalicules dépendant des anses de Henle; ils formaient ainsi de fins pinceaux fortement colorés. Ils étaient remplis de petites cellules épithéliales polyédriques.

Les canalicules tortueux [1], les fins canalicules de l'anse, les glomérules prenaient, en se rapprochant des foyers adultes, un plus gros volume, devenaient irréguliers, bosselés, formaient ainsi le trait d'union entre elles et celles que nous avons décrites plus haut, et témoignaient de l'origine première de la lésion.

Communication.

Traitement de l'endométrite par des flèches de chlorure de zinc.

Par M. Polaillon.

Je serais mal venu de critiquer le curettage de l'utérus, puisqu'il compte parmi nous tant de partisans convaincus. J'admets donc

[1] Sur les parties de la tumeur qui m'ont été remises je n'ai pu découvrir de *tubuli recti*.

que le curettage mérite les éloges qui lui ont été adressés, et qu'entre des mains aussi habiles que celles de nos collègues il guérit la métrite.

Si je prends la parole dans cette discussion, c'est seulement pour défendre un procédé qui, à mon avis, peut soutenir la comparaison avec le curettage dans le traitement de la métrite, procédé peu connu ou mal connu, que je crois avoir été le premier à employer, en novembre 1883, et qui a fait le sujet d'un mémoire lu à l'Académie de médecine par le docteur Dumontpallier. Il s'agit de la cautérisation intra-utérine avec une flèche ou une tige de pâte au chlorure de zinc laissée à demeure.

La technique opératoire est des plus simples : le spéculum étant placé, le col et les culs-de-sac du vagin étant nettoyés, on mesure avec l'hystéromètre la longueur du canal cervico-utérin; puis on glisse dans ce canal une flèche, prismatique ou cylindrique, de pâte au chlorure de zinc, ayant la même longueur que la hauteur reconnue de la cavité utérine. L'extrémité supérieure de la flèche touche le fond de l'utérus; son extrémité inférieure affleure l'orifice inférieur du col. Un tampon de gaze iodoformée s'oppose à la sortie de la flèche ainsi placée.

Si l'orifice du col est trop étroit pour l'introduction de la flèche, on le dilate avec la laminaire, et on recommence l'opération au bout de quelques heures.

Mais la dilatation préalable est rarement nécessaire, parce que le diamètre des flèches doit toujours être très restreint.

La dimension à donner à la flèche est, en effet, le point capital de l'opération. La longueur est facile à déterminer : c'est la longueur de la cavité utérine mesurée avec l'hystéromètre ; mais la grosseur est d'une appréciation difficile, parce qu'elle doit varier avec l'intensité de la cautérisation qu'on veut produire. J'emploie des flèches qui sont faites avec parties égales de farine de seigle et de chlorure de zinc, et qui sont, par suite, très caustiques. Si l'utérus est tuméfié, si les orifices du col sont larges, s'il existe, dans le col, ce bouchon bien connu de mucus gélatineux et filant, s'il y a des métrorrhagies, je me sers des flèches les plus grosses, mais dont le diamètre n'xcède pas 4 ou 5 millimètres. Si, au contraire, l'utérus est petit, si les orifices du col sont étroits, si la sécrétion est modérée, j'emploie les tiges les plus minces, c'est-à-dire d'environ 2 à 2 1/2 millimètres de diamètre. Entre ces limites, toutes les grosseurs intermédiaires sont indiquées selon les signes cliniques de la métrite.

Une fois la flèche introduite, son action commence immédiatement. En s'imprégnant des liquides environnants, sa substance se gonfle ; puis la muqueuse est attaquée et détruite plus ou moins

profondément par l'exosmose du chlorure de zinc. J'estime que l'eschare est formée en quelques heures. Elle s'élimine ensuite entre le quatrième et le douzième jour, soit en fragments qui se désagrègent, soit en bloc. Dans ce dernier cas, il est remarquable de voir qu'une flèche, qui n'a pas plus de 2 à 4 millimètres de diamètre, produit une eschare très volumineuse, dont le diamètre est quatre ou cinq fois plus grand que celui de la flèche. Quelquefois l'eschare représente le moule exact de la cavité cervico-utérine, avec les angles latéraux, où s'abouchent les trompes, avec un étranglement au niveau de l'isthme de l'utérus. Il me paraît difficile que le curettage le mieux fait puisse détruire aussi méthodiquement la muqueuse utérine malade.

Les suites de la cautérisation ont toujours présenté la plus grande bénignité. La douleur consécutive est nulle ou modérée, selon les sujets. Il est rare que la douleur devienne vive. Dans tous les cas, elle ne dure que quelques heures, et il est facile de la calmer par une injection hypodermique, un lavement laudanisé ou une fomentation narcotique; il n'y a aucune réaction fébrile, comme dans toutes les cautérisations avec la pâte au chlorure de zinc.

Pour éviter toute complication de périmétrite ou de pelvipéritonite, je confine les opérées au lit pendant trois jours, et sur la chaise longue pendant quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que l'eschare soit tombée. Après la chute de l'eschare, je permets de marcher un peu, puis de marcher chaque jour davantage, s'il n'y a pas de douleurs dans le bas-ventre ni dans les reins. La guérison demande, en général, deux ou trois semaines.

Le lendemain de l'opération, on enlève le tampon vaginal, on fait une copieuse injection antiseptique et on met en place un nouveau tampon de gaze iodoformée. Les pansements et les injections antiseptiques sont indispensables pendant le travail de la séparation de l'eschare et pendant la régénération de la nouvelle membrane muqueuse.

Lorsqu'on fait un examen vers le vingtième jour, on trouve, en général, l'utérus indolent, mobile, revenu à son volume normal. Le col n'est plus tuméfié. Son orifice n'est plus encombré par des sécrétions morbides. L'opérée ne souffre plus. La métrite est guérie.

Si, au contraire, vers le vingtième jour, l'utérus reste douloureux; si les sécrétions sanguines ou muco-purulentes continuent, je procède à une nouvelle cautérisation avec une flèche de chlorure de zinc. Il vaut mieux, en effet, faire deux cautérisations successives qu'une seule cautérisation qui serait d'emblée trop forte.

Depuis la fin de 1883, et surtout pendant les années 1888 et 1889, j'ai traité par ce procédé à l'hôpital de la Pitié 57 malades : c'est dire que je ne l'ai appliqué qu'avec une grande réserve, et seule-

ment dans les cas graves et invétérés de l'endométrite. Voici les résultats que j'ai obtenus :

5 opérées n'ont pas été guéries;
1 opérée a été améliorée;
11 opérées sont sorties prématurément entre le 9e et le 12e jour, se trouvant si soulagées ou si bien guéries que je n'ai pu les retenir plus longtemps dans mon service. Je néglige ces 11 cas, comme ayant été incomplètement observés;
40 opérées étaient guéries à leur sortie de l'hôpital, après un traitement de vingt-quatre jours en moyenne depuis leur cautérisation. J'ai revu un grand nombre d'entre elles : elles étaient restées guéries. Mais certainement la guérison n'a pas été permanente pour toutes.

Une femme qui est exposée aux mêmes causes, constitutionnelles ou autres, qui ont amené une première fois l'inflammation utérine peut voir son mal se reproduire. C'est ainsi que sur les malades sorties guéries qui sont revenues se présenter à moi, j'ai constaté 3 récidives : l'une au bout de deux mois, l'autre au bout de trois mois, la troisième au bout de seize mois. Et je ne me dissimule pas que les récidives sont en réalité plus fréquentes que celles que j'ai observées jusqu'à ce jour.

Dans ma pratique de la ville, même réserve pour l'emploi de ce procédé ; sur 12 cas, je compte : 1 insuccès, 3 améliorations très notables, 8 guérisons. Parmi ces dernières, une dame est restée guérie pendant six mois, au bout desquels l'endométrite a récidivé et a nécessité une nouvelle intervention de la cautérisation. Depuis lors, guérison complète.

Les insuccès tiennent soit à l'insuffisance de la cautérisation, soit à l'indocilité des malades qui ne veulent pas garder le repos nécessaire ou qui négligent de se soumettre à l'antisepsie vaginale. Ils tiennent encore à une diathèse; mais ils tiennent surtout à une inflammation préexistante des ovaires et des trompes.

A ce dernier point de vue, j'ai remarqué que, dans ses formes légères, la salpingite et la salpingo-ovarite étaient susceptibles de se guérir, avec l'endométrite concomitante, sous l'influence de la cautérisation par la flèche de chlorure de zinc. Sur mes 69 malades (57 à l'hôpital, 12 en ville), 13 portaient des salpingites ou des salpingo-ovarites. Parmi ces dernières, 3 restèrent non guéries, 2 furent améliorées, 8 furent débarrassées en même temps de l'endométrite et de l'inflammation des annexes. Dans aucun cas, la cautérisation n'a aggravé la salpingite.

Ces résultats me paraissent ressembler à ceux que mes collè-

gues ont obtenu par un curettage exécuté d'une manière irréprochable.

En résumé, le procédé de la flèche chlorurée de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine n'exige ni antisepsie préalable, ni dilatation longtemps préparée, ni abaissement forcé de l'utérus, ni chloroformisation. Il n'effraye pas par l'appareil d'une opération importante; il ne produit aucune effusion de sang; il ne fait courir aucun danger pour la vie, ni même aucun danger de complication sérieuse; il procure ordinairement une guérison prompte et solide; il laisse à l'utérus l'intégrité de ses fonctions, pourvu qu'une main expérimentée ait guidé son application. Toutes ces raisons expliquent mes préférences pour ce procédé dans le traitement de certaines métrites chroniques.

Discussion.

M. Pozzi. Je ne crois pas que la cautérisation intra-utérine, préconisée par M. Polaillon, soit supérieure au curettage. Elle a été prônée, il y a deux ans, en Allemagne (il s'agissait d'un procédé différent, mais également au chlorure de zinc), par Rheinstädter et Bröse. On leur a objecté alors, avec raison, que cette destruction par les caustiques dépasse beaucoup la muqueuse, qu'elle tapisse entièrement la cavité utérine de tissu cicatriciel, qu'elle peut rétrécir ou oblitérer les orifices des trompes, et enfin amener un rétrécissement du canal cervical. Celui-ci, à la vérité, ne prononce que tardivement, ce qui fait qu'on a pu déclarer de très bonne foi qu'il n'avait pas lieu, parce que la rétraction inodulaire n'avait pas encore été observée. Mais les faits de ce genre sont indubitables.

A propos du curettage (que j'ai employé depuis quatre ans, dans mon service spécial de Pascal, au moins 500 fois pour des métrites), je désire présenter quelques remarques. Elles touchent : 1° à sa technique ; 2° à ses indications relativement à la métrite et à la salpingite.

1° *Technique.* — La dilatation préalable avec la laminaire est, je crois, inutile dans la très grande majorité des cas. Je ne l'emploie que chez certaines nullipares à col étroit, ou pour les utérus fléchis, afin de redresser leur coudure. Je reproche à la dilatation lente, employée dans tous les cas indistinctement, de ne pas être sans inconvénient. Elle occasionne des malaises, de l'insomnie, parfois un léger état fébrile ; les femmes arrivent mal disposées à l'opération. Je la remplace, quand je le juge nécessaire, par la dilatation immédiate avec un dilatateur (j'emploie celui d'Ellinger, à branches parallèles) ou des bougies de Hegar. Du reste, dès

que la curette a été introduite, son action seule produit très vite la dilatation. On sait que parfois celle-ci est poussée alors à l'extrême par une sorte de paralysie du tissu musculaire, raclé par la curette. Je me sers d'une curette analogue à celle de Récamier-Roux, à bords non pas *mousses*, mais *émoussés*, comme le tranchant d'un mauvais couteau de table. Elle suffit si l'on use d'une certaine force que l'habitude apprend vite à graduer ; on doit aller jusqu'à provoquer un bruit, un *cri de l'utérus*. La curette fait une sorte de sélection naturelle entre la muqueuse ramollie par l'inflammation et les tissus sous-jacents. Elle racle et enlève très exactement autant qu'on en pourrait enlever même avec une curette plus tranchante, qui expose à des encoches trop profondes. On a dit qu'on laissait ainsi une portion profonde de la muqueuse adhérente à la couche musculaire. Cela est parfaitement exact, car, sur les limites des deux tuniques, il y a fusion et pénétration réciproque dans une petite épaisseur. Mais, même avec une curette tranchante, on ne saurait enlever cette mince *couche muqueuse intra-musculaire*. Elle a, du reste, son utilité en servant d'amorce à la régénération d'une nouvelle membrane ; elle n'a enfin qu'une épaisseur très minime, et l'injection caustique de perchlorure de fer ou de teinture d'iode, dont je fais toujours suivre le curettage, l'imbibe et le modifie suffisamment. On ne peut, assurément, avoir jamais la prétention d'enlever jusqu'au dernier microbe pathogène, dont quelques-uns, sans doute, pénètrent même entre les faisceaux musculaires eux-mêmes. Mais si l'on n'en laisse qu'une quantité infime, ils périssent ensuite spontanément, car il faut toujours compter avec la résistance et la lutte pour l'existence des cellules vivantes au milieu desquelles ces rares éléments morbides, échappés à la destruction, se trouveront perdus et noyés.

Je réserve pour les cas de curage après cancer inopérable le *tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée*, dont on nous a parlé. Il ne faut pas croire, du reste, que ce procédé soit nouveau ; il est employé dans les métrites depuis 1882 par Fritsch, qui l'a publié en 1885. Mais une très exacte antisepsie vaginale me paraît nécessaire après l'opération : tampons vaginaux iodoformés, injection au sublimé, etc.

2° *Indications du curettage dans les métrites.* — Je ne reviendrai pas sur les points acquis au débat, acceptés par la majorité des orateurs : on a généralement reconnu que le curettage agit efficacement contre les endométrites catarrhales et hémorrhagiques. Mais il est des cas où ce traitement *seul* échoue dans la métrite. On peut diviser ceux-ci en deux catégories : *a*) *les métrites catarrhales avec altération profonde du col; b*) *les métrites chroniques avec engorgement considérable du corps.*

Dans le premier cas, le curettage seul est impuissant. Si le col présente des lésions avancées et définitives, déchirure ulcérée, hypertrophie folliculaire, dégénérescence scléro-kystique, il faut, sous peine d'échec, pratiquer l'excision des portions altérées ; l'opération d'Emmet suffit rarement, et je lui préfère de beaucoup l'excision de la muqueuse d'après le procédé de Schröder. Je la pratique couramment dans mon service, et l'un de mes élèves, le Dr Rojecki, l'a prise pour sujet de sa thèse inaugurale, il y a deux ans.

Dans les métrites chroniques avec engorgement, retard d'involution, épaississement du parenchyme, le curettage est d'abord nécessaire ; mais on doit y joindre une opération destinée à amener l'involution de l'organe. Deux moyens existent pour cela. L'un, très radical, préconisé en Amérique par Kelly, dont mon excellent confrère Championnière ne paraîtrait pas très éloigné de suivre l'exemple ; il consiste simplement à enlever les ovaires pour provoquer l'atrophie de l'utérus. Mais c'est là une intervention d'une gravité un peu disproportionnée avec le but à atteindre, d'autant plus qu'on peut y arriver plus simplement par l'*amputation du col utérin*. Dans la discussion sur le traitement du cancer qui a eu lieu ici il y a deux ans, le professeur Verneuil vous rapportait l'histoire d'une amputation du col faite pour une métrite chronique, sur la foi d'un diagnostic erroné, et qui avait guéri la malade de sa maladie de longue durée. Les faits de cet ordre abondent. Braun, de Vienne, a depuis longtemps démontré qu'il suffisait d'exciser une petite portion du col pour provoquer l'involution de la totalité de l'utérus par une sorte de régression sympathique assez étrange, je l'avoue, mais incontestable. Cette particularité est, je crois, l'origine des succès de la plupart des opérations de trachélorrhaphie, bien plus que l'excision de la *cheville cicatricielle* d'Emmet ou la reconstitution de la forme du col. A. Martin a beaucoup insisté sur les avantages de ce traitement complémentaire du curettage dans la métrite chronique. Je lui dois aussi de très nombreux succès. Je pratique alors l'amputation bi-conique (Simon, Markwald). Il est inutile d'enlever une grande étendue de tissu, puisque c'est surtout l'effet indirect et pour ainsi dire réflexe qu'on recherche. L'important est de bien affronter les muqueuses pour border exactement l'orifice et éviter son rétrécissement ultérieur.

3° *Indications du curettage dans les salpingites.* — Les avis, sur ce point, ont été très partagés. Peut-être cela vient-il surtout de ce qu'on n'a pas assez nettement distingué les divers degrés d'inflammation des trompes, confondus un peu sommairement sous le nom générique et trop compréhensif de *salpingites*.

Il est certain que le curettage est dangereux dans certains cas, inutile dans d'autres. Mais il est très utile dans une nombreuse classe de faits et peut alors éviter d'ouvrir le ventre, opération qui semble être, pour beaucoup de gynécologistes, une sorte de panacée universelle.

J'éliminerai d'abord les *salpingites purulentes*, enkystées ou non; là, le traumatisme intra-utérin serait dangereux.

Il existe des lésions chroniques des trompes encore mal décrites et qui mériteraient un travail d'ensemble ; je veux parler des *salpingites parenchymateuses* ou *interstitielles chroniques,* dans lesquelles on peut distinguer deux variétés : l'une, *hypertrophique ;* l'autre, *atrophique.* Là, le curettage est impuissant. Pour les salpingites diverses que je viens d'énumérer, l'extirpation seule convient et s'impose.

Reste toute une classe d'inflammation des trompes, celle à laquelle je voudrais réserver le nom de *catarrhale.* Compagne fréquente de la métrite, dont elle arrive bientôt à primer les symptômes, elle peut disparaître avec elle, comme disparaît une uretéro-pyélite quand l'inflammation vésicale est amendée. Il se fait une sorte de *propagation de la guérison,* comme il y avait eu une inflammation propagée et ascendante. J'ai eu de nombreux exemples de la guérison de pareils cas par le curettage, suivi avec persistance du traitement intra-utérin à l'aide d'injections iodées. Mon élève le Dr Rizkallah a fait sa thèse sur ce sujet, et plusieurs observations probantes y sont consignées. Le professeur Trélat a fait publier aussi des cas démonstratifs ; on en doit d'autres à Walton, à Doléris, à Poulet, etc.

Pour me résumer sur ce point, je dirai qu'il serait injuste de frapper d'ostracisme le curettage contre les inflammations des annexes. Mais ici, comme toujours en pathologie, un traitement rationnel et efficace ne peut exister qu'avec un diagnostic précis. Appliquer la curette à tous les cas où la femme souffre des annexes, ce serait s'exposer à de graves dangers et à de nombreuses déceptions. La proscrire sans réserve et pratiquer comme règle générale et unique l'ouverture de l'abdomen dès qu'une *salpingite* quelconque, grave ou légère, est soupçonnée, ce serait multiplier d'une manière injustifiée le nombre des laparotomies brillantes, qui sont plus utiles à l'opérateur qu'à l'opérée, au mépris de cette sage devise que, pour amener la guérison, il faut toujours avoir d'abord recours à l'*actum minoris periculi.*

M. Trélat. Je suis étonné que M. Pozzi croie suffisante l'action d'une curette mousse sur la muqueuse utérine, s'il a vu les plan-

ches du récent travail de M. Cornil sur l'anatomie pathologique des métrites.

Je fais à la méthode des cautérisations les mêmes reproches que M. Pozzi. Si la flèche est introduite dans un col serré, l'action du caustique porte exclusivement sur l'isthme. J'ai vu trois malades opérées de la sorte, chez lesquolles j'ai dû refaire le canal cervico-utérin complètement atrésié.

Cette méthode est donc très infidèle, malgré quelques avantages qu'elle semble présenter. Si les orifices cervicaux sont serrés, elle est impossible ou expose aux dangers qui viennent d'être signalés; si, au contraire, il s'agit d'utérus ou cavité spacieuse, elle est inapplicable.

Je persiste à croire, d'autre part, que la dilatation de l'utérus permet un curettage bien plus parfait, puisqu'elle rend possible l'introduction de larges curettes tranchantes dont l'action bien dirigée n'omet aucun recoin de la cavité utérine.

M. Pozzi. Je fais suivre le curettage d'une injection au perchlorure de fer, qui complète l'action modificatrice de la curette. Quant à la dilatation, la curette se charge de la produire; le contact de l'instrument avec la muqueuse utérine détermine un relâchement de l'organe tel que la sensation qu'éprouve le chirurgien avait été comparée par M. Doléris à celle que donnerait une perforation des parois de l'organe.

Présentation de malades.

M. Moty, professeur au Val-de-Grâce, présente un malade auquel il a pratiqué l'ablation de la moitié gauche de la symphyse pubienne (renvoyé à une commission composée de MM. Monod, Le Dentu, Chauvel, rapporteur).

Présentation de pièces.

M. Le Dentu présente un calcul qu'il a extrait de la vésicule biliaire d'une femme par la cholécystotomie.

M. Le Dentu présente une corne cutanée qu'il a extirpée de la région pariétale d'un homme.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 19 mars 1890.

Présidence de M. Le Dentu.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre du recteur des Facultés de Montpellier conviant la Société de chirurgie à assister aux fêtes qui auront lieu à Montpellier à la fin de mai pour célébrer le 6e centenaire de l'Université de Montpellier ;

3° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant l'ouverture, le 27 mai prochain, à la Sorbonne, du Congrès des sociétés savantes ;

4° *Ponction hypogastrique de la vessie*, par M. Deneffe (de Gand) ;

5° *Comptes rendus de la Royal Society of New South Wales*, t. XXIII, 1re partie (Sydney, 1889), et *Catalogue de la bibliothèque de la Société ;*

6° *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. XI, 1re partie (Paris, 1890) ;

7° Lettre de MM. Delorme et Bazy demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

A propos du procès-verbal.

Sur la néphrectomie pour les tumeurs du rein,

Par M. Quénu.

Notre collègue M. Villeneuve nous a rapporté, dans la dernière séance, l'observation d'un malade atteint d'un épithélioma du rein

qu'il a heureusement opéré par la voie lombaire. Notre collègue a laissé de côté la question des indications opératoires et du choix d'une méthode thérapeutique; il s'est borné à insister sur quelques particularités cliniques, telles que l'existence de douleurs épigastriques, de la polyurie et de l'absence de varicocèle et d'hématurie. Malgré l'insuffisance des faits que j'ai personnellement observés, je crois utile de profiter de la communication restreinte de M. Villeneuve pour engager la discussion sur le traitement opératoire du cancer du rein. Au point de vue pratique, on peut établir une première distinction des tumeurs malignes du rein, suivant qu'elles sont observées chez les jeunes enfants ou chez les adultes. Chez les jeunes enfants, les tumeurs, de nature sarcomateuse la plupart du temps, affectent une allure extrêmement rapide et sont déjà très volumineuses au bout de quelques mois, au moment où on est appelé à intervenir. Alors, quelque ménager du sang que l'on soit, quelque soin qu'on apporte à terminer rapidement l'opération, le jeune malade a de grandes chances de succomber au shock en quelques heures ou en quelques jours. S'il résiste, il est exposé à une récidive précoce. J'ai, l'année dernière, avec l'assistance de M. Terrier, enlevé un sarcome du rein par la voie abdominale chez un enfant de 5 ans que m'avait adressé M. Hutinel. Malgré la précaution prise d'opérer dans une atmosphère très chaude, le peu de sang perdu, la rapidité relative d'une opération qui avait duré de trente-cinq à quarante minutes, l'enfant succomba quelques heures après, sans qu'il fût survenu d'hémorragie secondaire.

En somme, la néphrectomie pour tumeurs chez les enfants est à juste titre considérée comme excessivement grave, et sans la proscrire absolument, la majorité des chirurgiens se montrent peu empressés d'intervenir. Chez l'adulte, l'hésitation me paraît moins permise : je ne crois pas qu'il soit utile d'introduire ici la distinction qu'on a voulu établir entre les sarcomes et les épithéliomes du rein; la véritable thérapeutique est commune aux deux dégénérescences, c'est l'extirpation précoce.

J'avoue ne pas comprendre davantage l'argument qui a été avancé par les abstentionnistes, et d'après lequel la maladie abandonnée à elle-même aurait donné aux malades une plus longue survie. Ce raisonnement conduirait le chirurgien à ne plus discuter une intervention opératoire que dans les cas où justement cette intervention aurait chance d'aboutir à des résultats néfastes, tant à cause des risques opératoires plus grands que des chances alors certaines de récidive. Prenant le contre-pied de ce raisonnement, je dirai pour la thérapeutique des tumeurs que d'une façon générale l'extirpation est d'autant plus indiquée que la marche naturelle de la néoplasie est plus lente.

Or, tel est assez fréquemment le cas pour le rein,— des chiffres recueillis par Guillet en font foi ; — cette particularité s'explique peut-être si on songe que le rein est comme isolé et pédiculé dans sa capsule fibreuse, et par l'absence ou tout ou moins la rareté des lymphatiques superficiels. Nous ne pourrons certainement juger de la valeur de la néphrectomie pour tumeurs que lorsque nous posséderons un certain nombre d'opérations faites au début du mal. La question opératoire est donc, en somme, là comme souvent, subordonnée à une question de diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs du rein repose principalement sur la réunion de deux signes : la constatation d'une tumeur rénale et l'existence d'hématuries particulières. Malheureusement l'un de ces signes peut manquer ; or, dans ces cas, si l'autre signe est assez nettement accentué pour faire considérer comme très probable le diagnosic de tumeur rénale, je ne sais pas pourquoi la laparotomie exploratrice ne trouverait pas sa pleine et entière justification : il est possible que l'avenir nous démontre que ses inconvénients ne surpassent guère ceux qu'on peut reprocher aux différentes investigations antérieures pratiquées par la voie vésicale.

L'indication opératoire une fois admise, la néphrectomie pour tumeurs peut être pratiquée par la voie lombaire ou par la voie abdominale. La méthode extrapéritonéale est ordinairement qualifiée de méthode de choix, l'autre de nécessité. J'ose émettre une opinion absolument inverse, la voie transpéritonéale me paraît la seule recommandable.

Elle seule, en effet, permet, en cas de tumeur épithéliale du rein, de réaliser ce que partout ailleurs on regarde comme une règle absolue, l'extirpation des tissus voisins suspects, et surtout l'ablation des ganglions lymphatiques plus ou moins proches du hile rénal, qu'ils soient ou non indurés. J'ajoute que l'incision latérale ne me paraît présenter aucune supériorité sur l'incision médiane. Je ne voudrais pas, en terminant, soumettre à la critique chacune des conditions qui ont été présentées comme constituant une contre-indication formelle à la néphrectomie. Sans doute l'état cachectique, la durée antérieure de la maladie, le volume et surtout le développement rapide de la tumeur, les adhérences supposées, etc., doivent faire abandonner tout espoir d'une cure radicale ou seulement prolongée ; mais, même dans ces conditions mauvaises, nous pouvons parfois apporter un grand soulagement au malade en l'opérant ; je n'en veux pour preuve que l'observation de M. Villeneuve, et encore celle d'une malade que j'ai opérée en janvier 1889 dans le service de M. Terrier, et dont je vous demande la permission de vous rapporter en quelques mots l'histoire.

Observation. — Ma malade, Mme T..., âgée de 42 ans, était entrée à la fin de décembre 1888 dans le service de M. Terrier avec le diagnostic : kyste de l'ovaire. Elle portait, en effet, une énorme tumeur étendue depuis le fond du petit bassin jusque sous les fausses côtes, tumeur manifestement fluctuante, mate, sans aucune zone de sonorité antérieure. Le début remontait à dix ans : à cette époque, le ventre avait commencé à grossir et quelques douleurs abdominales étaient apparues. Une grossesse, survenue il y a six ans (et datant de décembre 1888) amena une exacerbation des souffrances, mais se termina à terme par un accouchément normal.

Le développement du ventre date surtout de trois ans; l'altération de l'état général ne remonte guère qu'à trois ou quatre mois; alors les douleurs ont pris une grande intensité, la fièvre est survenue et la malade s'est mise à vomir tous ses aliments. A aucun moment, il n'a été observé d'hématurie.

Les signes cliniques de cette énorme tumeur kystique, déjà ponctionnée antérieurement, étaient absolument ceux d'un kyste de l'ovaire adhérent et enflammé; tel fut le diagnostic de M. Terrier, le mien et celui de tous ceux qui examinèrent la malade; les urines recueillies étaient claires et renfermaient quelques traces d'albumine.

Je pratiquai l'opération le 31 décembre avec l'assistance de M. Hartmann. J'arrivai, après incision médiane de la paroi abdominale, sur une tumeur adhérente à la paroi et comme fusionnée avec elle. Une ponction faite avec le gros trocart donna issue à plus d'un litre d'un liquide sanguinolent. Je crus avoir affaire à un sarcome kystique de l'ovaire, et me mis en devoir de décoller les adhérences et de libérer ma tumeur. J'y arrivai non sans peine après une heure d'efforts, et après avoir multiplié les sections de brides entre deux pinces, je dégageai bientôt ma tumeur par le haut, coupai sans m'en douter les vaisseaux du hile et jetai un cordon élastique sur un gros pédicule inférieur que je crus être les ligaments larges. Nulle part je ne rencontrai le côlon.

La tumeur enlevée, je constatai que des ganglions lombaires étaient dégénérés, j'en enlevai quelques-uns; je dus renoncer à les enlever tous; quelques-uns adhéraient à l'aorte et à la veine cave. Mes ligatures faites autour des différents pédicules, je ramassai en bourse toutes mes adhérences qui formaient comme une enveloppe incomplète à la tumeur, j'en fixai les débris à l'extrémité inférieure de mon incision et drainai cette cavité ainsi à peu près isolée de la cavité abdominale.

J'examinai alors la pièce sur une section totale; je constatai qu'il s'agissait d'une masse cancéreuse creusée d'un vaste kyste hématique; dans un coin, je vis non sans surprise deux pyramides de Malpighi des plus nettes; le diagnostic de tumeur renale ne fut fait qu'à ce moment. Cette tumeur du rein pesait près de 5 kilogrammes sans le liquide du kyste; elle a été analysée histologiquement par M. Poupinel, et présentée à la Société anatomique en janvier 1889 par M. Dumoret.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La fièvre disparut;

la malade, qui vomissait et ne supportait comme toute nourriture depuis des mois que du lait caillé, cessa de vomir et put s'alimenter avec du lait. Ses souffrances s'atténuèrent; elle ne se plaignait que de son eschare à la région sacrée. Elle fut en état de quitter l'hôpital le 4 février, c'est-à-dire trente-cinq jours après l'opération, et, sur sa demande, regagna le département de l'Yonne avec une plaie abdominale cicatrisée.

Discussion.

M. Le Dentu. Les cavités kystiques, situées plus ou moins profondément dans le rein, sont fort souvent de simples complications du cancer hématique de cet organe.

J'ai observé deux cas qui déposent en faveur de cette opinion, bien qu'à mon grand regret l'autopsie n'ait pu dans aucun d'eux confirmer mes présomptions. Le premier malade présentait une tumeur fluctuante volumineuse, faisant saillie dans la région lombaire et tout à la fois du côté de l'abdomen; cela à tel point qu'au cas d'une opération c'est certainement la voie transpéritonéale que j'aurais choisie. Il avait eu des hématuries abondantes et était cachectique. Une ponction pratiquée avec un instrument assez fin donna issue à du sang noir d'abord, qui devint bientôt rutilant. Une deuxième ponction à quelque temps de là donna le même résultat et confirma qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne du rein. Le deuxième malade, que j'ai vu récemment, présentait une tumeur volumineuse occupant toute la partie latérale droite de l'abdomen. Elle était, supérieurement, tellement confondue avec le foie qu'il était difficile de l'en distinguer, d'autant que la région lombaire ne présentait aucune voussure. Il n'y avait pas eu d'hématuries.

Une ponction donna issue à un liquide noir fortement hématique, puis bientôt à du sang rouge pur. Il s'agissait bien vraisemblablement d'un cancer du rein, car je ne connais aucune forme de cancer du foie qui donne lieu à de pareils phénomènes.

Le malade, qui gardait le lit depuis quelque temps, succomba à une syncope pendant qu'il se levait; l'autopsie n'a pu encore cette fois être pratiquée.

M. Monod. Puisqu'il est question des résultats de l'intervention chirurgicale de ces tumeurs du rein, je dirai que la malade dont je vous ai parlé en juillet dernier, à laquelle j'ai enlevé un *un gros rein polykystique*, est actuellement en bonne santé. Je rappelle que, d'après M. Lejars, ce cas serait absolument exceptionnel.

M. Terrier. Il existe de grands kystes séreux du rein qui peuvent accidentellement devenir le siège d'hémorrhagies.

Mais certains auteurs (et H. Morris entre autres en a cité un cas intéressant) ont décrit sous la rubrique de kystes hématiques des collections sanguines formées par ruptures vasculaires au sein des tumeurs malignes de cet organe. Comme les tumeurs similaires d'autres régions, celles du rein peuvent se compliquer de semblables accidents.

Communication.

Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable,

Par M. Périer.

Je désire entretenir la Société d'un malade chez lequel j'ai pratiqué l'*extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.*

L'opération avait été faite sans trop de peine, et le malade l'avait supportée assez bien pour qu'on pût espérer le voir guérir, lorsqu'il succomba presque subitement en état de syncope, au bout de dix-huit heures.

Voici l'histoire de cet homme. Il était agé de 66 ans et n'était malade que depuis le mois de septembre 1888, où il avait pris froid en cours de voyage. Au retour, il commença à tousser et à avoir la voix couverte. En mai 1889, il consulta un spécialiste qui reconnut l'immobilisation absolue de la corde vocale. L'iodure de potassium et quelques pansements procurèrent un soulagement passager. Mais le retour des accidents et leur aggravation l'engagèrent à se présenter à l'hôpital Lariboisière, où il fut admis le 16 janvier 1890 dans le service M. Gouguenheim.

A cette date, pas d'amaigrissement ni de troubles digestifs, bon appétit ; accès de toux la nuit; le sommeil n'est possible que dans la position assise.

Les poumons paraissent sains, il y a seulement quelques râles sibilants aux deux bases; l'expiration est très prolongée et soufflante.

Sur l'examen laryngoscopique, M. Gouguenheim me communique les renseignements suivants que je transcris :

L'épiglotte est saine. Les aryténoïdes sont sains. Les cordes vocales supérieure et inférieure droites présentent une rougeur rose sombre, mais peu de gonflement.

La corde vocale inférieure gauche est envahie par une masse polypoïde proliférante en forme de chou-fleur envahissant la glotte. Les végétations occupent le ventricule gauche et repoussent par leur masse la corde vocale supérieure gauche. En bas, elles

occupent l'espace sous-glottique sous forme de masse située à gauche et paraissent empiéter sur le côté droit.

A trois reprises, M. Gouguenheim enleva des fragments de tumeur, avec des pinces coupantes, les 6, 11 et 15 février.

Il y eut un soulagement marqué après les deux premières opérations ; la troisième fut suivie de spasmes violents, de dyspnée intense tels qu'on se tint prêt à pratiquer la trachéotomie ; mais une amélioration suffisante permit de s'en dispenser.

L'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma; l'impossibilité d'arriver à une guérison en attaquant le mal par la voie intra-laryngienne fit songer à l'extirpation du larynx, que le malade accepta avec empressement, sans en ignorer ni la gravité ni les conséquences.

L'état général était bon ; il n'y avait pas de lésions apparentes des poumons, du cœur, ni des reins, non plus que des voies digestives, en un mot aucune contre-indication de ce côté. Du côté du champ opératoire, il n'y avait ni infiltration de voisinage ni engorgement ganglionnaire.

M. Gouguenheim me confia son malade, que j'opérai en sa présence et avec le précieux concours de mes collègues, MM. Berger, Peyrot et Nélaton, le mercredi 5 mars.

Comme les ablations partielles faites par M. Gouguenheim avaient élargi la cavité du larynx ou plutôt diminué son commencement d'obstruction, que les inhalations chloroformiques avaient déjà en plusieurs circonstances soulagé le malade, nous pensâmes que l'anesthésie chloroformique serait facile et nous permettrait d'opérer sans précipitation. Cela me fit songer à ne pas recourir à la trachéotomie préalable et à n'ouvrir les voies aériennes que le plus tard possible, en conservant la trachée tout entière, la section devant porter transversalement juste au-dessous du cartilage cricoïde, entre le larynx et le premier anneau de la trachée. L'essai sur le cadavre me fit voir que l'opération pouvait être entreprise sans témérité, et je fis confectionner par M. Collin une canule courbe à bout conique pouvant entrer dans la trachée à la manière d'un bouchon dans le goulot d'une bouteille, et devant ainsi permettre d'achever aisément l'opération sans crainte qu'il entrât une goutte de sang dans les voies respiratoires.

Voici d'ailleurs ce qui se passa :

Le malade étant suffisamment endormi, le cou bien exposé, je fis une première incision transversale à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde ; cette incision ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire et allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Une deuxième incision allant aussi d'un

sterno-mastoïdien à l'autre fut conduite juste au-dessous de l'os hyoïde, mais elle allait profondément jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne, coupant transversalement tous les muscles sous-hyoïdiens qui recouvrent cette membrane. Une troisième incision allant du milieu de la première au milieu de la seconde, juste sur la ligne médiane, fut conduite profondément jusqu'aux cartilages thyroïde et cricoïde et jusqu'à la trachée ; il n'y eut à se préoccuper que de l'isthme du corps thyroïde, qui fut sectionné entre deux pinces. Alors commença la dissection, qui se fit d'abord sur un côté, puis sur l'autre, en rasant d'aussi près que possible la surface du con-

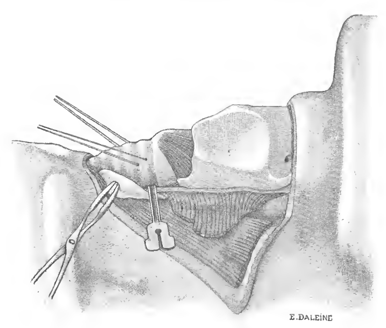


Fig. 1.

duit aérien, jusqu'au bord postérieur des lames du cartilage thyroïde et jusqu'au sillon de séparation droit et gauche de la trachée et de l'œsophage.

J'avais ainsi relevé deux lambeaux latéraux comprenant la peau et les parties molles sans avoir eu à pincer plus de cinq ou six vaisseaux, dont les plus gros étaient les artères laryngées supérieures, puis l'isthme du corps thyroïde.

Le squelette laryngo-trachéal ne tenait plus qu'à l'œsophage au niveau de la trachée, et à la muqueuse de la paroi antérieure du pharynx au niveau du larynx, les muscles constricteurs supérieurs du pharynx ayant été détachés de leurs insertions thyroïdiennes

et ericoïdiennes. Le malade respirait bien et on avait la préeaution de relâeher la tension du eou de temps à autre.

L'hémostase provisoire était suffisante pour qu'on n'eût pas à redouter de voir le sang envahir la traehée dès qu'on ouvrirait le eonduit aérien. Pour plus de sécurité, j'essayai de passer une aiguille de Cooper entre la trachée et l'œsophage, de manière à isoler la trachée comme on isole une artère avant d'en pratiquer la ligature. Ce temps, assez facile sur le cadavre, présenta chez notre malade quelques difficultés qui me le firent abandonner.

Je passai de chaque côté de la trachée au moyen d'une aiguille

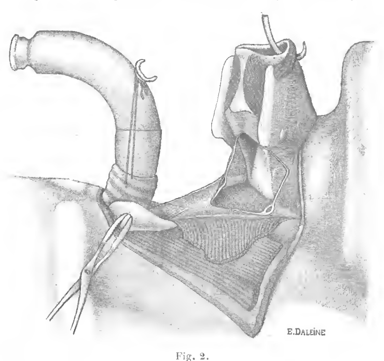


Fig. 2.

courbe un fil de soie solide ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil fut noué en anse. Un aide tenant une anse de fil dans chaque main put ainsi se tenir prêt à ramener en avant la trachée dès qu'elle aurait été séparée du larynx.

En effet j'incisai franchement en travers entre la trachée et le larynx; un aide souleva le larynx au moyen d'un tenaculum, et la section jusqu'à la paroi antérieure de l'œsophage se fit presque d'un seul coup. Aussitôt j'introduisis dans la traehée une eanule conique qui la boucha complètement.

Cette eanule portait sur sa convexité un petit taquet sur leque

furent enroulés les fils préalablement passés dans la trachée. Ce bouchage fut ainsi maintenu hermétique ; canule et trachée étant solidarisés, on continua facilement l'anesthésie par l'intermédiaire de la canule, munie à cet effet d'un tube de caoutchouc à large calibre et terminé par un entonnoir de verre.

Ceci fait, le larynx, toujours soulevé par un tenaculum, fut séparé très facilement de la paroi antérieure du pharynx, sans qu'il y eût à s'occuper de vaisseaux importants, puisqu'on opérait en dedans du constricteur inférieur du pharynx, dont les insertions au cartilage thyroïde et au cartilage cricoïde avaient été détachées. Les vaisseaux thyroïdiens restaient hors de vue, et il n'y avait plus qu'à décoller la muqueuse pharyngienne de la face postérieure du larynx, à laquelle elle ne tient que par un tissu

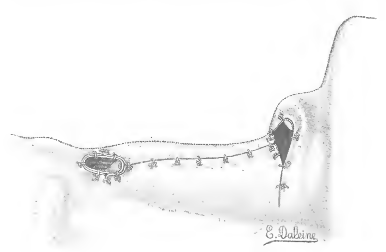


Fig. 3.

cellulaire lâche. L'épiglotte étant saine fut laissée en place, après section de la membrane thyrohyoïdienne. Je coupai avec des ciseaux les grandes cornes du cartilage thyroïde; enfin, la séparation du larynx fut complète lorsque j'eus coupé la muqueuse au niveau du bord libre des replis aryténo-épiglottiques. Le pharynx ne communiquait avec la plaie que par le contour de l'orifice supérieur du larynx, tandis qu'en bas la trachée subsistait tout entière, n'offrant qu'une seule ouverture, son orifice supérieur, en ce moment surmonté par la canule.

Après hémostase définitive au moyen de quelques ligatures au catgut, la trachée débarrassée de sa canule fut suturée directement à la peau. La demi-circonférence antérieure fut réunie à la lèvre inférieure de l'incision transversale pratiquée au commencement

de l'opération à ce niveau; la demi-circonférence postérieure fut suturée à la lèvre supérieure de cette même incision. L'ouverture du pharynx fut suturée de la même manière par moitié aux lèvres de l'incision transversale supérieure. Enfin les lèvres de l'incision médiane verticale furent suturées directement l'une à l'autre ; même chose fut faite aux extrémités des incisions transversales à droite et à gauche des orifices de la trachée et du pharynx.

L'opération terminée, il existait deux orifices : l'un béant, annulaire, au-dessus de la fourchette sternale, l'orifice de la trachée; l'autre, en forme de bouche sous le menton et s'ouvrant dans le pharynx derrière l'épiglotte conservée et qui pouvait se rabattre sur lui en guise d'opercule dans les mouvements d'élévation de l'os hyoïde.

Dans cet orifice, je plaçai une sonde œsophagienne. L'orifice de la trachée fut laissé béant, sans canule, et simplement recouvert d'un morceau de gaze antiseptique au salol. Au-dessus, pansement au chloral. Après l'opération, le malade a vite repris toute sa connaissance. Jusqu'à trois heures de l'après-midi environ, il a eu de fréquentes quintes de toux. Le pansement fut changé; il était imbibé de sang, mais en assez faible quantité. Le malade fut enveloppé d'ouate pour lui permettre de rester assis dans son lit, sans se refroidir.

De 3 à 6 heures, les quintes ont à peu près cessé, il est calme. Je le vois à 6 heures et demie, il ne souffre pas, la température est de 38°,5, sa respiration paraît libre, le pouls n'atteint pas 100°, mais présente quelques irrégularités. A partir de 8 heures, les quintes reparaissent et persistent jusqu'à minuit, et recommencent à s'espacer. A deux heures et demie de la nuit, la surveillante, qui le veillait attentivement, le voit pâlir et cesser de respirer; la mort survint en quelques minutes sans signes précurseurs; il n'y eut à aucun moment apparence de cyanose.

Le malade mort, le pansement a été enlevé immédiatement; il était peu taché de sang, l'orifice trachéal était parfaitement libre.

A l'autopsie, faite le lendemain, les viscères ne présentent aucune lésion notable. La trachée et les bronches sont absolument libres. Tout autour de la trachée et des bronches, les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés.

La plèvre est saine. Les poumons sont souples. Le poumon droit présente seulement un point assez limité de congestion vers sa base. Les cavités cardiaques sont dilatées. Les valvules sont tout à fait normales.

Foie et rein normaux. Rien à l'intestin. Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans l'abdomen.

Examen anatomique. — Tout le côté gauche du larynx est envahi par une masse végétante à contour arrondi, remplissant le ventricule, s'arrêtant juste à la ligne médiane, qu'elle avait semblé déborder lors de l'examen laryngoscopique, descendant jusqu'à un centimètre du bord inférieur de l'anneau cricoïdien.

L'examen histologique a été fait au laboratoire du professeur Cornil, par M. Toupet, qui m'a transmis la note suivante :

« Muqueuse du larynx hypertrophiée passant au-dessus de la tumeur.

« Immédiatement au-dessous, lobules composés d'épithélium pavimenteux stratifié. Au milieu des petits lobules, globules épidermiques très nets. Au milieu des gros lobules, amas de cellules cornées paraissant se détacher assez facilement. A certains endroits, elles sont tombées et laissent des lacunes.

« Les glandes, en certains points, ont conservé leur épithélium clair, caliciforme; dans d'autres endroits, elles ont de l'épithélium cubique. »

Discussion.

M. Schwartz. L'observation de M. Périer est très intéressante, car l'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable n'a pas été souvent pratiquée. C'est une nouvelle manière de procéder que le manque de documents ne permet pas de juger avec exactitude. Pourtant, peut-être est-il permis de supposer que l'habitude contractée par le malade de respirer par la canule met ce dernier dans des conditions générales plus favorables pour supporter ultérieurement l'ablation totale.

Il semble de plus que dans le cas actuel la laryngotomie crico-thyroïdienne eût créé une voie suffisante pour débarrasser le malade. Or, l'expérience a démontré que les opérations partielles donnent une mortalité infiniment moins considérable que la laryngotomie totale.

M. Terrier. A propos de l'observation de M. Périer, j'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation abrégée d'une *laryngectomie* que j'ai pratiquée en 1889, et dans laquelle j'ai, pour la première fois, fait la suture de la trachée à la peau.

Voici ce fait :

Épithélioma pavimenteux, lobulé et corné du larynx. Trachéotomie. Ablation ultérieure du larynx. Guérison. — Récidive ganglionnaire quatre mois environ après l'extirpation du larynx. Ablation d'un ganglion dégénéré. Guérison. Mort d'influenza (?).

Dupuis (Louis), 50 ans, marchand des rues, n'offre rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui soit intéressant à noter. Cependant il a des habitudes alcooliques.

En mai 1887, Dupuis s'aperçut qu'il perdait la voix, mais ne s'en préoccupa pas; ce n'est qu'en mars 1889, alors qu'il souffrait depuis deux mois de douleurs assez vives du côté de la gorge, qu'il vint consulter à Lariboisière M. le Dr Gouguenheim.

A ce moment son état général est excellent. M. Gouguenheim pratique l'examen laryngoscopique et diagnostique un cancer intrinsèque du larynx. Il soumet le malade à un traitement par l'iodure de potassium; mais l'état du patient s'aggrave, il a des accès de suffocation, de la dysphagie, aussi se décide-t-il à entrer à l'hôpital Lariboisière le 6 mai 1889. Le 7 mai, pour parer aux accidents de suffocation, on fait la trachéotomie, sans chloroforme. L'ouverture de la trachée fut faite immédiatement au-dessous du cricoïde.

Peu après son opération, Dupuis fut atteint d'un érysipèle qui débuta au niveau de la plaie trachéale.

L'état général du malade continua à s'aggraver. Sur les conseils de M. Gouguenheim, il entra à l'hôpital Bichat pour subir une opération plus radicale, le 24 juin 1889.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital Bichat, on soigna l'érythème siégeant au-devant de la poitrine de Dupuis, puis on répéta l'examen laryngoscopique, qui confirma le diagnostic de cancer du larynx.

L'opération de l'ablation du larynx fut faite le 26 juillet 1889 :

Opération (26 juillet 1889), aidé par MM. Hartmann, Péraire et Delagénière, interne du service. — Comme la trachéotomie avait été faite d'urgence et très haut, je fus fort gêné pendant l'opération et je dus enlever le larynx *en deux temps*. On substitue à la canule ordinaire, la canule de Trendelenburg, mais lorsque le malade a été déjà endormi par sa canule habituelle. Cette substitution provoque des accès de toux assez gênants.On continue l'anesthésie avec la canule à chemise de T... et à l'aide d'un pavillon muni d'une toile qu'on humecte de chloroforme. Ce pavillon en entonnoir est muni d'un tube en caoutchouc qui s'adapte à la canule à chemise.

Incision médiane allant de la partie supérieure de l'os hyoïde jusqu'au pavillon de la canule, c'est-à-dire jusqu'au cartilage cricoïde exclusivement. Cette incision saigne peu, on place quelques pinces sur des artérioles.

En bas de l'incision, à droite et à gauche, incision de la peau transversale dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Il y a un peu plus de vaisseaux lésés, d'où la nécessité de pinces ; des veines surtout sont intéressées et donnent pas mal de sang dans les efforts de toux du malade. J'incise et déchire les adhérences des ailes du thyroïde avec les parties voisines avec le bistouri d'abord, puis une sonde cannelée, et enfin avec le doigt indicateur. Ici encore, il s'écoule pas mal de sang, par suite des efforts de toux du patient; de plus, malgré les insufflations répétées, la chemise de la canule de T... n'a jamais obstrué parfaitement la trachée, et du sang s'est toujours un peu écoulé dans le conduit, d'où les accès de toux, l'expectoration de mu-

cus sanglant par la canule, et enfin l'air, qui à chaque moment est revenu par la plaie quand le larynx fut intéressé.

Les parties latérales du thyroïde libérées, j'essayai, mais en vain, de libérer aussi le cricoïde; il était situé juste au-dessus de l'ouverture de la trachée faite jadis et bien trop haut.

Je résolus alors de couper la membrane crico-thyroïdienne en haut, je la disséquai et l'enlevai en procédant de bas en haut. La section de la membrane crico-thyroïdienne fut difficile, elle était épaisse et en partie ossifiée; de plus elle donna du sang en nappe, d'autant qu'à ce moment l'opéré eut quelques quintes de toux. Une grosse veine fut ouverte et saisie par une pince américaine. D'autres pinces furent placées sur les parties saignantes. Cette section faite, le thyroïde saisi avec des pinces à griffes est attiré en avant; malheureusement l'une de ces pinces, trop faible, se brise; on lui substitue une pince à griffes de Richelot,plus solide. Alors, soit en coupant, soit plutôt en déchirant les tissus, le cartilage thyroïde et l'aryténoïde furent relevés de bas en haut. Arrivé à la partie supérieure j'ouvris à coups de ciseaux le pharynx et je sectionnai les parties au niveau dela base de l'épiglotte, qui fut laissée en place. Il s'écoula une notable quantité de sang par cette section des parties molles et le sang reflua jusque dans la bouche et le nez. On épongea, plaça des pinces et comprima un peu les tissus. Si bien que l'écoulement sanguin se modéra beaucoup. Je m'efforçai alors de faire l'hémostase définitive en plaçant des ligatures sur les vaisseaux lésés, et je puis ainsi en faire au plus six ou huit. La base de l'épyglotte saignant toujours un peu, elle gêne les manœuvres opératoires; pour y remédier avec des pinces à pression placées méthodiquement, on écarte latéralement, à droite et à gauche, la muqueuse du pharynx, ouvert en avant, et on y place des éponges maintenues par des pinces à pression.

J'ai fait en ce moment l'extirpation de la partie supérieure du larynx seulement; il reste encore le cricoïde, épaissi, induré, malade en un mot.

Pour l'enlever, il fallut tout d'abord l'isoler latéralement et en arrière, soit avec les doigts, soit à coups de ciseaux. Pour faciliter cet isolement, le cricoïde était saisi et attiré en haut et en avant à l'aide de deux pinces à griffes de Richelot. Ces manœuvres déterminent de violents accès de toux, le sang passant dans la trachée et l'air, de son côté, s'infiltrant dans l'étroit orifice du cricoïde.

C'est alors que, pour terminer l'extraction des parties malades, je dus retirer la canule de T..., attirer le cricoïde et la trachée au dehors et en avant, inciser sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous du trajet du tube à trachéotomie jusqu'à la trachée, de façon à ouvrir celle-ci largement.

Pour m'assurer de suite de la respiration, je fixai à la peau par des points de suture d'argent la paroi antérieure de la trachée largement ouverte. 3 points furent d'abord placés de chaque côté, puis 3 autres, et en tout 12; un 13e fut ajouté plus tard.

La trachée fixée et ouverte, je pus alors en séparer facilement et avec le thermocautère le cricoïde déjà sectionné dans son milieu.

D'autres points intermédiaires — 3 ou 4 — furent faits au crin de Florence, toujours dans le but d'adosser intimement la muqueuse de la trachée à la peau du cou.

Notez que celle-ci fut réséquée dans toute la partie suppurante correspondant au trajet de la canule. Quelques ligatures (toutes à la soie) furent placées sur les vaisseaux qui avaient nécessité l'application de pinces.

Nous nous occupâmes alors du pharynx.

Il fut nettoyé du sang et des caillots, et la muqueuse, déjà saisie et maintenue latéralement par des pinces à pression, fut réunie aux téguments du cou de chaque côté, de façon à constituer une sorte de gouttière ouverte en avant et en bas. 4 à 5 points furent aussi placés à droite et à gauche, un autre à la partie inférieure, comprimant un repli de la muqueuse, de façon à compléter l'infundibulum de la partie supérieure de l'œsophage. Une sonde uréthrale (n° 24) en caoutchouc rouge fut fixée à demeure dans l'œsophage à l'aide d'un crin de Florence passant par sa paroi et les téguments du cou.

Pansement avec de la gaze iodoformée placée dans la partie supérieure du pharynx et le remplissant.

Autre tamponnement entre l'infundibulum œsophagien et l'infundibulum trachéal.

L'opération à duré juste une heure cinquante-cinq minutes. L'anesthésie, faite par mon ancien interne le Dr Peraire, a nécessité 45 grammes de chloroforme.

L'examen de la pièce fut fait par le Dr Poupinel (série A, pièce n° 175). Le larynx présentait dans sa cavité une tumeur du volume d'une petite noix, de forme irrégulière, recouverte par la muqueuse, à surface lisse, sauf en arrière, où elle était ulcérée, et occupant toute la moitié droite de la cavité laryngienne, empiétant un peu en arrière sur la moitié gauche.

Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé corné.

Le soir de l'opération, par suite du gonflement de la muqueuse trachéale, qui obstruait le conduit aérien, l'introduction d'une canule dans la trachée fut rendue nécessaire.

Les suites de l'opération sont simples. Le pansement, sali par les mucosités qui sortent de la trachée, est renouvelé tous les jours.

Trois jours après l'opération, le malade prend par sa sonde œsophagienne : 2 litres de lait, 2 œufs et 3 cuillerées de poudre de viande, plus 1/2 litre de bouillon, 36 centilitres de vin et 200 grammes de potion de Todd.

Le 27 août, un mois après l'opération, D... commence à avaler quelques aliments pris par la bouche.

Le 10 septembre, on enlève la sonde de l'œsophage.

L'état du malade est excellent, et il augmente progressivement de poids.

Le 15 novembre on constate sur le côté droit du cou la présence d'un petit ganglion qui augmente rapidement de volume.

Le 28 novembre on ouvre et gratte ce ganglion. M. Poupinel l'examine microscopiquement et reconnaît de l'épithélioma pavimenteux lobulé corné et muqueux. Il examine aussi un bourgeon enlevé à l'orifice trachéal, mais il ne peut affirmer que ce soit de l'épithélioma.

Les jours suivants il s'écoule de la plaie latérale du cou un liquide abondant d'odeur fétide qui oblige le renouvellement journalier du pansement.

Le 14 décembre, le patient est pris dans la journée de frisson et de dyspnée intense et meurt dans la nuit, d'influenza, d'après l'avis de M. Delagénière, qui l'a suivi dans ses derniers moments.

Toutefois, le ganglion profond du cou enlevé incomplètement et évidé était le siège d'une suppuration qui a pu et dû jouer un rôle dans les accidents ultérieurs présentés par le malade.

En fait, dans ce cas j'ai bien utilisé la canule de Trendelenburg, mais sans l'avoir fait préalablement porter par le malade. Cette canule a été inutile à la fin de l'opération, lorsque, ne pouvant faire autrement, j'ai dû sectionner le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdiene.

Enfin, j'ai cru devoir suturer la trachée à la peau, et malgré cela il a fallu faire usage d'une canule à demeure persistante.

M. Le Dentu. J'ai pratiqué il y a deux ans l'extirpation totale du larynx, à une époque malheureusement éloignée du début de l'affection. Le malade entra dans mon service dans le courant de l'année 1887, pour des accidents de sténose laryngienne pour lesquels je pratiquai la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, mais qui étaient attribués alors à une laryngite de nature spécifique. Le malade, amélioré, sortit, pour ne rentrer qu'au mois de juillet 1888. Des bourgeons avaient alors fait issue autour de la canule; le larynx était volumineux; la peau était devenue adhérente en plusieurs points au niveau des cartilages cricoïde et thyroïde. Un laryngologiste m'encouragea, nonobstant ce mauvais état local, à entreprendre l'extirpation totale de l'organe malade, alléguant qu'il avait été témoin d'opérations faites dans des conditions semblables.

Je commençai préalablement par pratiquer une trachéotomie aussi bas que possible, à peu de distance de la fourchette sternale, pour habituer le malade à supporter la canule de Trendelenburg. Quinze jours après, je procédai à l'extirpation totale, qui fut relativement facile. Deux incisions verticales, circonscrivant la peau altérée, tombèrent sur deux incisions transversales.

La section inférieure du larynx achevée, je renversai l'organe vers l'os hyoïde pour compléter son dégagement. Aucune hémorrhagie sérieuse ne vint entraver la marche régulière de l'opération. La demi-circonférence antérieure de la trachée fut seule fixée à la peau. Le malade n'éprouva, du reste, aucune gêne de la respiration, et les suites immédiates furent très satisfaisantes, malgré la vaste perte de substance que j'avais dû produire.

Au bout de six semaines, je pus déjà constater un commencement de récidive à la partie supérieure de la plaie, vers la base de la langue. La récidive gagna rapidement et transforma bientôt toute la région antérieure du cou en une vaste ulcération ichoreuse et bourgeonnante du plus déplorable aspect. Le malade succomba bientôt aux progrès de la cachexie.

Si je compare la marche de l'affection chez ce malade et ceux que j'ai simplement trachéotomisés, l'avantage est tout en faveur de ces derniers.

Il me semble que la suture circulaire de la trachée, préconisée par MM. Terrier et Périer, présente quelques inconvénients. En dehors même des phénomènes de compression que peut subir la trachée ainsi fixée et de la tuméfaction de sa muqueuse, l'application d'un larynx artificiel peut devenir difficile.

La suture de la moitié antérieure est préférable en ce qu'elle laisse à l'organe ses rapports naturels.

M. Championnière. Le manuel opératoire suivi par M. Périer est séduisant, et pourtant la trachéotomie préalable me semble devoir être préférée. D'autre part, j'ai vu des malades survivre assez longtemps à des extirpations de néoplasmes pratiquées au moyen de la laryngotomie. Il ne faudrait donc point condamner les opérations partielles d'une façon absolue.

M. Périer. Mon malade a été très bien surveillé, car j'avais pensé à la possibilité d'accidents d'asphyxie aiguë. Il serait possible d'autre part de parer aux inconvénients que peut exercer un air trop refroidi sur l'arbre aérien, en lui faisant traverser un paquet de gaze, ou en le réchauffant dans un tube plongé dans l'eau chaude. La terminaison fatale n'a point été causée du reste par le mécanisme de l'asphyxie, mais par une sorte d'état syncopal dont l'autopsie n'a pu déterminer la cause.

Présentation de pièces.

M. Cerné (de Rouen) présente des pièces provenant d'une vieille femme qui a succombé avec un cancer atrophique de la langue. (Renvoyé à une commission; M. Th. Anger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 26 mars 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Rapport sur deux propositions de loi sur l'exercice de la médecine,* par M. Leprevost (du Havre);

3° *Annales de médecine et de chirurgie,* publiées par le Cercle d'Etudes médicales de Bruxelles (année 1889) ;

4° *Désinfection et asepsie des instruments employés pour le cathétérisme vésical,* par M. Poncet (de Lyon);

5° *Torticolis musculaire gauche; ténotomie à ciel ouvert; guérison. — Deux cas de pied-bot paralytique par les moyens orthopédiques,* par M. Phocas (de Lille) (M. Kirmisson, rapporteur) ;

6° *Deux chromolithographies représentant les lésions de l'actinomycose,* adressées par M. Albert (de Vienne), correspondant étranger ;

7° Lettres de MM. Berger, Monod et Reclus demandant un congé pendant la durée du concours du Bureau central;

8° Lettres de MM. Bazy et Chaput demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membres titulaires.

A propos du procès-verbal.

M. Reynier fait la communication suivante au sujet du procès-verbal de l'avant-dernière séance.

Communication.

Traitement des endométrites,

Par Paul Reynier.

C'est avec grand intérêt que j'ai entendu la communication de M. Polaillon, et que j'ai vu la discussion sur le traitement des métrites prendre plus d'extension, ne pas rester limitée à l'action du curettage utérin.

Comme lui, j'ai pu expérimenter, cette année, les cautérisations au chlorure de zinc, et j'avoue y avoir été amené par les insuccès assez nombreux que j'ai eus avec le curettage.

Comme vous tous, par le curettage, j'ai obtenu des améliorations immédiates, c'est-à-dire arrêt des métrorrhagies, arrêt des sécrétions muco-purulentes, amélioration ou souvent disparition des douleurs. Malheureusement, lorsque j'ai suivi les malades, non pas pendant deux ou trois mois seulement, mais pendant les années qui ont suivi, j'ai vu revenir, et le plus souvent au bout de quatre à cinq mois, les mêmes symptômes qui avaient amené la malade à recourir à l'intervention chirurgicale. Sur 15 cas de curettage faits en clientèle et suivis, je n'ai compté que six guérisons persistantes. Dans ces six cas, l'affection datait depuis peu, avait succédé à un accouchement, et s'était développée sur des femmes jeunes, d'un tempérament vigoureux.

Je n'ai pas eu à enregistrer rien que des insuccès personnels; car j'ai pu voir des femmes curettées par mes collègues, et qui, au bout de quelques mois de leur opération, voyaient, comme mes opérées, les douleurs et les pertes de sang reparaître.

J'ai espéré, en faisant usage du chlorure de zinc, avoir des gué-

risons plus durables ; c'est ce qui me l'a fait employer dans six cas que je classerai ainsi :

1 métrite hémorrhagique chez une femme de 48 ans; cavité utérine très agrandie, 9 centimètres ;
4 métrites, suites de couches chez des femmes lymphatiques, s'accompagnant de perte de sang et de catarrhe muco-purulent ;
1 métrite métrorrhagique avec lésions des annexes, salpingite et un peu d'ovarite.

Les résultats immédiats, au point de vue des symptômes de la métrite, ont été comme pour le curettage : arrêt des métrorrhagies, arrêt des sécrétions.

Quant aux résultats consécutifs, je ne puis encore me prononcer, n'ayant pas suivi assez longtemps mes malades ; toutefois, la première opérée pour métrite hémorrhagique, au bout de trois mois, a vu revenir quelques pertes de sang qui me font craindre un retour de métrite.

J'ai revu, au bout de quatre mois, une seconde opérée dont l'utérus redevient sensible et pour laquelle une récidive d'affection me paraît imminente.

Quant à la malade qui présentait des lésions des annexes, il n'y a pas eu aggravation, mais plutôt amélioration, la malade souffrant moins.

Au point de vue du manuel opératoire, comme M. Polaillon, je reconnais la facilité du procédé, qui ne nécessite aucune dilatation préalable, ou tout au moins une légère dilatation avec le dilatateur d'Huguier pour faciliter l'introduction du crayon de chlorure de zinc de M. Dumontpallier.

Quant aux soins consécutifs, j'ai laissé plus longtemps que lui mes malades au lit, les retenant jusqu'à ce que les règles soient revenues et passées, c'est-à-dire de trente-cinq à quarante jours.

Je dis trente-cinq, car il m'est arrivé deux fois de voir les règles ne revenir qu'au bout de trois mois, et je demanderai à M. Polaillon si lui, dont la pratique est plus considérable, a eu le même fait à constater.

Pendant tout ce mois, je fais des lavages fréquents au sublimé, et je maintiens un tampon de gaze iodoformée pour éviter une réinfection.

Ces précautions qui peuvent paraître excessives, je les prends, parce que, pour moi, la muqueuse utérine se régénère plus lentement qu'on ne semble le croire. Au bout d'un mois il m'est toujours arrivé, en introduisant l'hystéromètre, de produire un écoulement de sang, indiquant qu'il y avait encore dans la cavité utérine plaie bourgeonnante et, par suite, surface apte particulièrement à

s'infecter. J'espère, par le repos horizontal prolongé, obtenir la cicatrisation plus rapidement, et en ne laissant marcher les malades que tard, lorsque je crois que la muqueuse est restaurée, avoir des guérisons plus durables.

Mais j'arrive maintenant à parler des inconvénients de cette cautérisation, inconvénients qui me paraissent très sérieux, et qui me la feront, si ce n'est abandonner, tout au moins réserver pour des cas exceptionnels.

Dans les 6 observations que j'ai recueillies, les douleurs ont été très vives, elles ont duré pendant toute la journée et la nuit qui ont suivi la cautérisation, malgré les injections de morphine qu'on avait eu soin de faire auparavant.

Dans un cas, deux heures après, la malade a eu une syncope. Or, ceci mérite attention, car les malades que nous opérons pour des métrites sont presque toujours des nerveuses, chez lesquelles les réflexes sont exagérés.

On risque, par suite, d'avoir des accidents graves en les provoquant; aussi reculerai-je devant l'emploi du chlorure de zinc chez une névropathe, comme on en voit trop souvent dans la clientèle.

J'attire même, en passant, l'attention sur ces réflexes utérins, car, à la suite de la dilatation simple par la tige de laminaire, j'ai vu survenir, dans deux cas, des crises d'hystérie.

Aussi, chez les grandes nerveuses, tout en reconnaissant comme MM. Bouilly et Trélat les avantages de la dilatation par les tiges de laminaire, je préfère la dilatation extemporanée sous chloroforme avec le dilatateur Huguier, précédant immédiatement le curettage.

Chez tous mes malades, j'ai eu un peu de fièvre au moment du détachement de l'eschare, fièvre qui n'a pas été de longue durée, mais causée sans doute par la présence, dans la cavité utérine, de détritus gangreneux plus ou moins septiques.

J'insiste tout particulièrement sur ce point, pour qu'au moment du détachement de l'eschare on prenne les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

J'arrive maintenant à ce qui constitue pour moi l'inconvénient capital de cautérisations : l'atrésie de l'orifice de la cavité utérine.

Sur 6 cas, j'ai constaté trois fois cette atrésie, et une atrésie irrégulière, comme l'a signalée M. Trélat, due à un tissu cicatriciel résistant, difficile à dilater, tendant toujours à se reformer.

Ai-je eu une série malheureuse? Je veux bien le croire. Cependant, chez toutes mes malades, j'ai toujours eu le soin, dès le sixième jour, d'introduire fréquemment l'hystéromètre. Malgré

cela, l'atrésie s'est produite dans le second mois qui a suivi l'opération.

Dans un cas, cette atrésie m'a particulièrement ennuyé. Il s'agissait d'une femme qui avait de la métrite, de la cystocèle et de la rectocèle.

Je commençai par la cautériser au chlorure de zinc. Puis j'attendis quarante jours sans voir les règles revenir. Je commis la faute de passer outre, et je fis une colpopérinéorrhaphie et une colpocystorrhaphie. Six jours après, la malade avait de la fièvre et de la douleur des reins. Comme il n'y avait rien du côté des sutures du périnée, j'enlevai la gaze iodoformée, et ne trouvant pas de sang dans le vagin, rien n'expliquant cette fièvre, j'eus l'idée que la malade pouvait avoir ses règles, et qu'un obstacle les empêchait de s'écouler. J'introduisis l'hystéromètre, et ne pus passer; je me trouvai arrêté au niveau de l'orifice interne du col par une membrane que j'arrivai à perforer avec une petite bougie d'Hégar; un flot de sang noir menstruel s'écoula, montrant que mon diagnostic était vrai. La fièvre tomba aussitôt; comme pour découvrir ce col j'avais été obligé d'introduire le spéculum, mes points de suture sur certains points lâchèrent, et il se produisit une plaie que je fus obligé de soigner. Avec les bougies d'Hégar, je dilatai le col, et, croyant avoir réussi au bout de quinze jours, je ne m'en préoccupai plus, m'occupant surtout de ma colpopérinéorrhaphie. Le mois suivant, de nouveau la fièvre reparut, avec les douleurs de reins sans écoulement de sang. De nouveau je fus obligé d'introduire les bougies d'Hégar, et le sang s'écoula. Cette fois, pendant un mois, je surveillai le col, et n'ai laissé partir la malade qu'après la troisième époque de règles.

Mais il est probable qu'elle reviendra, si j'en juge par la tendance de cette atrésie à se reproduire.

Chez cette malade, l'atrésie s'est faite rapidement; mais chez une autre, que j'ai revue quatre mois après l'opération, le col, très large à la sortie de la malade de l'hôpital, s'était rétréci; il n'admettait plus l'hystéromètre, mais une bougie d'Hégar, avec laquelle je commençai la dilatation du col.

Les atrésies semblent donc fréquentes et se faire lentement après la cautérisation. Je crains fort que dans quelques années nous ayons à déplorer ces rétrécissements consécutifs, rebelles, car, je le répète, ils sont constitués par un tissu cicatriciel très analogue à celui des rétrécissements de l'urèthre.

Ce sont là les raisons qui me font revenir au curettage, mais au curettage suivi de la cautérisation avec le chlorure de zinc à 5 ou 10 0/0, à la créosote ou à l'acide phénique à un dixième, que

je pratique en trempant un stylet recouvert d'ouate dans la solution caustique.

J'insiste sur cette cautérisation consécutive, que pratiquent à l'heure actuelle tous les partisans du curettage, sans paraître y attacher une grande importance. Pour moi, elle paraît jouer un grand rôle au point de vue des résultats consécutifs. Dans les six cas de guérison, je l'avais pratiquée, et dans quatre cas où je m'étais, en ville, contenté du curettage simple, je me suis vu obligé de recourir de nouveau à l'opération trois mois après.

Par l'ablation de la muqueuse, vous facilitez l'action du caustique, qui, tout en étant moins énergique, peut agir d'une façon satisfaisante, et en pénétrant entre les interstices musculaires, produire une modification heureuse sur les culs-de-sac glandulaires, d'où part la régénération de la nouvelle muqueuse.

Je crois donc à l'utilité de la cautérisation; mais je crois qu'il est préférable de la limiter et de la rendre moins aveugle dans ses effets que celle qu'on obtient avec le crayon de chlorure de zinc.

Je ne me dissimule toutefois pas que, quelque procédé que nous employions dans le traitement des métrites, nous devons nous attendre à compter, à côté des succès, un certain nombre d'insuccès. La majorité des métrites, comme le montrait M. Martineau, sont liées à des états constitutionnels qui entretiennent la lésion utérine, et auxquels il faut s'attaquer si l'on veut guérir la métrite. Aussi serons-nous souvent obligés, après nos opérations, quelles qu'elles soient, d'envoyer nos malades aux eaux minérales, Plombières, Luxeuil, Saint-Sauveur, Salies, pour parachever ce que nous aurons commencé.

Discussion.

M. Polaillon. J'ai été surpris d'entendre M. Pozzi établir une confusion entre le procédé de la flèche au chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine et les cautérisations intra-utérines avec un pinceau imbibé d'une solution plus ou moins concentrée de chlorure de zinc. Ce sont deux procédés différents.

Je connais les essais de traitement faits par les Allemands, en 1888, avec le chlorure de zinc liquide. Leurs cautérisations sont extemporanées. Il faut les renouveler plusieurs fois. Elles agissent presque exclusivement sur la cavité du col, parce que le pinceau s'essuie en parcourant cette cavité, et parce qu'il arrive dans la cavité du corps à peu près privé de son caustique. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les orifices du col subissent presque seuls l'action du caustique et qu'il en résulte des rétrécissements fâcheux. Nous avons tous vu des atrésies du col chez des

femmes qui ont été souvent cautérisées soit avec les caustiques chimiques, soit avec le fer rouge. Ces atrésies n'ont rien de spécial au chlorure de zinc; mais j'estime que le chlorure de zinc liquide porté avec un pinceau ne remplit pas le but, qui est de cautériser à la fois la muqueuse du corps et la muqueuse du col.

Tout autre est le procédé de la cautérisation par la flèche faite avec la pâte au chlorure de zinc. Après avoir été méthodiquement introduite, cette flèche agit en même temps sur toute l'étendue de la muqueuse utérine. Elle cède peu à peu le chlorure de zinc qui lui est incorporé. Celui-ci attaque lentement et uniformément les couches ramollies de la muqueuse, les vaisseaux dilatés et les glandes dégénérées, en pénétrant dans leurs ramifications les plus profondes. Il épuise son action sur les tissus malades qui sont tuméfiés, et respecte, pour ainsi dire, automatiquement les tissus sains qui sont restés denses. Il produit d'un seul coup l'exfoliation de la muqueuse, et l'opération n'a besoin d'être renouvelée que si l'endométrite persiste.

M. Trélat et M. Pozzi ont reproché à ce procédé de produire l'atrésie du col et la déformation de la cavité utérine. C'est là un reproche qui s'adresse, d'une manière générale, à toute cautérisation qui serait trop énergique. Je crois m'être mis à l'abri de ce reproche, lorsque j'ai insisté sur la dose de la cautérisation, c'est-à-dire sur les dimensions à donner à la flèche caustique. D'après mon expérience, cette dernière doit avoir 2 millimètres et demi de diamètre dans les utérus les moins tuméfiés, et elle ne doit pas dépasser 5 millimètres de diamètre dans les utérus les plus gros. Quand on compare l'épaisseur considérable (d'un demi-centimètre à un centimètre) de la muqueuse atteinte d'inflammation chronique avec la minceur prescrite de ces flèches, on n'a plus à redouter que cette muqueuse soit frappée de mort jusque dans ses couches saines, jusqu'au tissu musculaire sain.

D'ailleurs, les accidents qui peuvent être causés par une cautérisation trop forte ne sont pas imputables au procédé, mais à l'inexpérience de l'opérateur.

Le curettage produit quelquefois aussi la sténose; j'en ai observé plusieurs exemples. Et, en effet, peut-il en être autrement, lorsque, après avoir enlevé avec la curette toute la muqueuse du corps et du col jusqu'au tissu musculaire, on vient encore cautériser les surfaces saignantes avec une solution de chlorure de zinc au dixième?

On a encore reproché à la cautérisation par la flèche de chlorure de zinc d'être un procédé aveugle. Mais on sait très bien, par l'examen microscopique des eschares, ce qui se passe entre la flèche caustique et la muqueuse utérine. Le point capital, je le

répète, est de ne pas introduire trop de caustique avec une flèche qui serait trop grosse. Quant à l'introduction de la flèche, elle est en général facile et n'a rien d'aveugle.

Enfin, on a dit que la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc n'était pas un procédé chirurgical. Ce reproche me touche peu, si on réussit mieux ou aussi bien. Il y a beaucoup de femmes qui ne veulent pas se soumettre à l'opération du curettage, parce qu'il faut s'y préparer par une dilatation de plusieurs jours, parce qu'il faut être endormie, parce qu'il faut rester au lit un demi-mois au moins, parce qu'il faut subir tous les ennuis et tous les dangers d'un acte opératoire important. Or, ces mêmes femmes acceptent sans difficulté la cautérisation par la flèche à demeure, précisément parce que cette cautérisation se fait sans appareil chirurgical. Quant au curettage, qui s'exécute sans dilater le col, avec une curette mousse ou demi-mousse, il est forcément incomplet, et je le considère comme inefficace.

Dans mes communications sur la cautérisation intra-utérine par la flèche de chlorure de zinc, j'ai insisté particulièrement sur la prudence avec laquelle il fallait employer ce procédé. J'ai dit qu'il ne s'adressait qu'aux endométrites invétérées et graves, et qu'il fallait en user avec une grande réserve chez les femmes qui sont encore dans l'âge de concevoir. Si, dans ces cas, l'endométrite est guérie, même au prix d'une certaine atrésie du col, il faut s'estimer heureux. Je crois que l'endométrite chronique ne peut se guérir sans une atrésie, quel que soit le procédé mis en usage. Mais si cette atrésie est légère, elle est parfaitement compatible avec les fonctions de l'utérus.

Je n'ai pas observé les douleurs vives et prolongées que M. Reynier a signalées. Je n'ai pas observé non plus un état fébrile qui se prolongerait plusieurs jours, et qui résulterait d'une putréfaction de l'eschare dans la cavité utérine.

M. Bouilly. Les faits que vient de nous citer M. Polaillon sont bien plus favorables que ceux relatés dans la thèse de Lauth.

On trouve, en effet, que sur trente cas signalés dans ce travail, vingt et un furent suivis d'atrésie cervicale.

Les neuf autres malades furent perdues de vue peu de temps après leur sortie de l'hôpital. De semblables résultats sont véritablement peu encourageants.

M. Polaillon. Très certainement chez ces femmes l'application de la méthode a été fautive : la cautérisation a été exécutée d'une façon défectueuse et trop énergique.

Suite de la discussion sur l'extirpation totale du larynx.

M. Périer. Messieurs, dans la dernière séance, à propos de la communication que je vous ai faite, notre collègue M. Schwartz nous a annoncé des recherches qui lui ont permis de rassembler quatre cas d'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable. Il a eu la courtoisie, dont je lui suis reconnaissant, de me communiquer ces quatre faits en me laissant le soin de vous les faire connaître.

Les quatre opérations ont été pratiquées : la première par Billroth en 1874, la seconde par von Bruns en 1878, la troisième par Novaro en 1883 et la quatrième par Lloyd en 1887.

Il faut croire qu'aucun de ces auteurs n'a attaché d'importance au fait de n'avoir pas commencé par la trachéotomie, car le fait n'est mentionné qu'au cours de la description et non dans le titre de l'observation ; cela explique qu'il ait passé inaperçu. Aucun d'eux ne l'a discuté soit pour déconseiller, soit pour ériger en méthode la laryngectomie sans trachéotomie préalable.

Le premier en date, celui de Billroth, concerne un homme de cinquante-quatre ans atteint de cancer du larynx compliqué de goitre médian, gros comme un œuf. — Le goitre fut enlevé d'abord, puis le larynx en totalité, sans trachéotomie préliminaire. La trachée, une fois sectionnée, s'enfonça profondément en bas après l'introduction d'une canule. Le malade meurt le soir du quatrième jour de broncho-pneumonie (il était atteint de catarrhe pulmonaire avant l'opération).

Le malade de von Bruns était aussi un homme de cinquante-quatre ans; son cancer, très localisé, datait de quatre ans : 1° incision longitudinale de la mâchoire inférieure au sternum conduisant, couche par couche, jusqu'au squelette laryngo-trachéal; 2° division de la trachée au-dessous du cartilage cricoïde, rétraction, en haut à l'aide d'érignes, de tout le larynx; suture de la trachée à la peau et placement d'une canule-tampon ; 3° dissection du larynx en arrière de bas en haut d'avec l'œsophage et le pharynx. Collapsus grave qui cède. — On applique difficilement un larynx artificiel.— Mort par récidive au bout de neuf mois.

Chez le troisieme malade, on enleva tout le larynx, le corps thyroïde et une partie de la paroi du pharynx, le malade mourut un mois après de pneumonie.

Chez le quatrième, un homme âgé cinquante et un ans, très affaibli et atteint de tumeur végétante de la paroi gauche du larynx, on fit une incision longitudinale ; l'isthme du corps thyroïde fut

divisé après ligature de chaque côté ; on disséqua le tube laryngo-trachéal en avant et sur les côtés ; on passa un fil d'argent dans le cartilage thyroïde pour le relever en haut ; la trachée fut sectionnée au thermocautère. Une grosse canule de verre fut placée dans le bout inférieur pour continuer la chloroformisation et la trachée fut suturée à la peau après l'ablation du larynx, qui fut faite de bas en haut. Mort le sixième jour de bronchite purulente ; granulations miliaires dans les poumons ; le larynx fut regardé comme tuberculeux.

De ces quatre observations, il en est une, la troisième, sur laquelle je n'ai aucun détail ; mais la nécessité d'enlever un goitre en même temps que le larynx fait supposer que la trachéotomie préliminaire était impraticable.

Peut-être le motif était-il le même dans le cas de Billroth, qui dut enlever un goitre médian. — L'incision qu'il pratiqua fut à deux lambeaux latéraux ne comprenant que les téguments, tandis que les deux autres opérateurs firent une incision longitudinale. Aucun d'eux ne fixa la trachée avant de la sectionner, ils se contentèrent d'accrocher le larynx. L'un sutura la trachée à la peau avant de détacher le larynx, les deux autres commencèrent par l'extirpation et ne firent la suture de la trachée aux téguments qu'une fois l'extirpation terminée ; mais je ne vois pas comment fut traité le reste de la plaie, et particulièrement l'ouverture du pharynx. Quant à la survie, celle d'un des malades fut de neuf mois, et si nous ajoutons que l'opéré de notre collègue M. Terrier a vécu sept mois, nous pouvons déjà reconnaître que la suture de la trachée à la peau n'est pas une cause forcée de broncho-pneumonie, et je ne vois pas qu'il y ait de ce côté une raison pour considérer la trachéotomie préliminaire comme obligatoire.

D'autre part, si la suture de la trachée à la peau a été suivie d'œdème dans le cas de M. Terrier, il n'y en a pas eu chez les quatre autres opérés, y compris le mien, où cette suture a été faite. Il suffit d'ailleurs d'une surveillance intelligente pour parer à cet accident, et pour mon malade, comme je l'ai déjà dit, toutes les précautions étaient prises de ce côté. Si j'avais de nouveau à traiter un malade chez lequel l'extirpation totale du larynx serait nettement indiquée, les lésions étant bien nettement limitées à l'intérieur du conduit laryngien, je n'hésiterais pas à renouveler la tentative que je viens de faire en apportant aux soins consécutifs les améliorations suggérées par l'expérience acquise et par les remarques de mes collègues de la Société.

M. Schwartz. Depuis que j'ai adressé à mon collègue et ami le docteur Périer les quatre cas qu'il vient de vous rapporter, j'en

ai encore trouvé deux autres, sans pouvoir affirmer d'ailleurs que la liste en est épuisée. Les voici tout d'abord :

Le premier concerne un malade que Dupont a présenté guéri en octobre 1887 à la Société vaudoise, à Lausanne. Il l'avait opéré en octobre 1886. C'était un homme de 52 ans porteur d'un cancer limité au larynx, auquel il fit l'extirpation totale sans trachéotomie préliminaire. Il sectionna d'emblée la trachée et la sutura à la peau, puis extirpa le larynx de bas en haut.

Le second cas est celui d'un homme de 58 ans opéré par Hayes Agnew. Encore pas de trachéotomie préalable. On mit une canule dans la trachée, après sa section sur une sonde cannelée, et on continua le chloroforme par cette canule munie d'un tube et d'un masque. L'opération fut plus compliquée que celle de notre collègue Périer, puisqu'on fit la résection de 6 centimètres d'œsophage et qu'elle dura en tout deux heures vingt-cinq. L'opéré mourut subitement quatre jours après. Pas d'autopsie. (*Semaine médicale*, 1887, p. 97.)

Les faits qui viennent de vous être rapportés montrent suffisamment la gravité opératoire de l'extirpation totale sans trachéotomie préliminaire, quoique je ne veuille en aucune façon en rendre responsable cette modification opératoire ; je me rallierai, au contraire, très volontiers au modus faciendi, si bien conçu et si bien exécuté, de notre collègue M. Périer, dans tous les cas où, d'emblée, on sera décidé à enlever le larynx en totalité; mais ces conditions sont rares, à cause de la difficulté du diagnostic de la localisation du mal. Si le cancer est unilatéral, cavitaire, n'ayant pas dépassé le vestibule en haut, ni envahi les cartilages, surtout si l'on a affaire à la variété cornée et dure de l'épithélioma, la laryngotomie partielle est pour moi préférable; et alors il faut, après avoir pratiqué la trachéotomie préliminaire quinze jours à cinq semaines auparavant et avoir habitué le malade à la canule-tampon, faire dans une même séance la thyrotomie exploratrice, se rendre compte des lésions et enlever largement, puis partiellement l'organe malade. Ce n'es que si le cancer a dépassé la ligne médiane qu'il faut faire l'ablation. Il y a, en effet, une grande différence au point de vue de la gravité opératoire entre l'ablation partielle et l'ablation totale. Cette dernière est très meurtrière, puisque, entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés dans la matière, elle a encore une mortalité de près de 50 0/0 due presque toujours, si la mort n'est pas immédiate, à des complications broncho-pulmonaires; l'extirpation partielle, tout en étant grave, est cependant moins sérieuse : elle ne donne que 30 0/0 de décès opératoires environ. Lorsque le cas est favorable, c'est-à-dire quand la tumeur est bien localisée, ne dépasse pas la moitié du larynx, n'a pas franchi ses limites,

elle rend au point de vue de la récidive autant de services que l'extirpation totale. En un mot, il n'y a, après elle, ni plus ni moins de récidives qu'après l'ablation totale.

Une autre raison doit encore la faire préférer, quand elle est possible, je veux parler des résultats fonctionnels. Après elle, pas n'est besoin, en général, de larynx artificiels; je rappellerai à ce propos ce malade de Schede qui parlait avec une moitié de larynx assez bien pour se faire entendre de loin et continuer sa profession de dentiste. Pour me résumer, je dirai que l'opération de notre collègue est excessivement bien conçue; qu'elle est recommandable toutes les fois qu'il y a lieu d'extirper le larynx en totalité, quand on est sûr de la prise de plus de la moitié de la cavité laryngienne. Elle reste, malgré cela, une opération très grave, puisque, sur 7 cas opérés de la sorte, il y a eu 5 morts, et, entre autres, celui de M. Périer, où tout a été irréprochable comme intervention.

Comme la laryngotomie partielle est moins meurtrière et donne des résultats pas plus mauvais au point de vue de la récidive, meilleurs au point de vue du rétablissement de la fonction, je n'hésite pas à la conseiller après avoir fait d'abord la trachéotomie, puis la thyrotomie exploratrice.

Toutes les fois, et malheureusement ce sont les cas de beaucoup les plus nombreux, que le cancer a dépassé le larynx, qu'il ait été marginal d'emblée ou le soit devenu consécutivement, il n'y a plus à penser à l'extirpation, et la trachéotomie palliative nous reste comme unique ressource.

M. Chauvel. J'ai eu l'occasion de pratiquer la laryngotomie thyroïdienne pour des végétations tuberculeuses. L'écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde n'a pas été suffisant pour me permettre de voir nettement l'intérieur du larynx.

M. Schwartz. J'ai pu me convaincre dans deux cas que l'inspection de la cavité laryngienne était facile, à la condition que l'incision soit assez longue.

M. Polaillon. J'ai fait la thyrotomie après avoir appliqué préalablement la canule de Trendelenburg. J'ai pu écarter facilement les deux moitiés du cartilage thyroïde de façon à voir dans tous ses détails l'intérieur du larynx et à inciser un rétrécissement siégeant au niveau des cordes vocales. Je pus obtenir la réunion immédiate du cartilage après suture. Mon malade était âgé de 20 ans et avait un cartilage thyroïde très flexible. Il dut conserver la canule assez longtemps.

M. Schwartz. Je tiens à faire observer que les extirpations par-

tielles donnent, au point de vue phonétique, des résultats bien supérieurs à ceux du larynx artificiel.

M. Périer. Je ne contredis en rien les conclusions auxquelles est arrivé M. Schwartz. J'ajoute pourtant que, chez mon malade, la tumeur dépassait légèrement la ligne médiane, et qu'une incision à ce niveau l'eût nécessairement intéressée.

M. Terrier. La section de la trachée que M. Périer a faite d'emblée m'a été imposée par la gêne qu'apportait la canule à mon opération. J'ajouterai qu'il serait en tout cas très désirable de se passer de la canule de Trendelenburg. Cet instrument, qu'il est bien difficile d'obtenir à l'état d'asepticité parfaite, a causé dans mon service des accidents que je n'hésite pas à rapporter à une inoculation septique directe.

Lecture.

M. Schmidt lit une communication sur le *cancer primitif de l'amygdale*. (Renvoyée à une commission composée de MM. Polaillon, Quénu, Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 2 avril 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

M. Terrier donne connaissance du discours qu'il a prononc sur la tombe de M. Trélat.

Messieurs, c'est au nom de la Société de chirurgie que je viens dire un dernier adieu à l'un de ses membres les plus éminents, à l'un de mes maîtres les plus aimés.

Jusque dans nos dernières séances, le professeur Trélat a pris part à nos discussions, et tout récemment encore, déjà souffrant, il nous communiquait les résultats de son expérience sur certains traitements des maladies utérines.

Dans nos réunions, nul mieux que lui ne savait mettre en relief les points élucidés, indiquer les parties faibles, discuter les propositions contestables. Nul mieux que lui ne savait s'assimiler et résumer les questions si multiples soulevées au sein de notre Société.

Doué d'une grande largeur d'esprit, le professeur Trélat acceptait de tout cœur le progrès, d'où qu'il vienne.

Aussi donna-t-il son appui moral et effectif à la plupart des interventions chirurgicales proposées et exécutées dans ces dernières années.

Toujours à la tête du mouvement chirurgical, il le modérait parfois, mais le plus souvent il le dirigeait, et sa vaste expérience, son diagnostic rigoureux, son habileté opératoire, donnaient à son opinion un poids considérable.

Ses qualités de professeur, voire même d'orateur, connues et admirées de tous, lui permettaient d'exposer avec une extraordinaire lucidité et une richesse d'expression inusitée les questions les plus difficiles, les plus obscures, les plus discutées de la chirurgie.

Si l'on ajoute à cela la mimique dont il se servait volontiers pour convaincre ses auditeurs, on comprendra combien son concours va manquer à notre Société.

Le professeur Trélat était aimé de tous; si dans les discussions il apportait souvent une vivacité et une ardeur toutes juvéniles, ses collègues savaient que son but était la recherche de la vérité et rien autre. Aussi était-il toujours écouté avec une grande sympathie et un profond respect.

Messieurs, permettez à l'élève et à l'ami de dire que le professeur Trélat était profondément bon; moi, qui l'ai suivi dans les jours de deuil de la patrie, au milieu des événements les plus terribles, j'ai toujours admiré son empressement à faire le bien, et j'ajouterai aussi son pur patriotisme. C'est dans ces conditions exceptionnelles que nous nous sommes liés, et depuis mon amitié pour lui n'a fait que grandir jusqu'au jour où la mort est venue la briser.

C'est qu'en effet le professeur Trélat succombe comme le soldat sur le champ de bataille. Hier encore, avec sa grande puis-

sance intellectuelle, il combattait pour le progrès de notre science et pour l'honneur de notre pays.

Aujourd'hui, il n'est plus, hélas! mais il nous lègue son exemple à suivre, c'est-à-dire combattre pour le progrès et pour la patrie. Puissions-nous être assez heureux pour l'imiter.

Cher maître, au nom de tous vos collègues de la Société de chirurgie, votre élève désolé vous dit un dernier adieu.

La séance est levée en signe de deuil à 4 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 9 avril 1890.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Littérature latine et histoire du moyen âge*, par M. DELISLE, envoyé par M. le Ministre de l'instruction publique;

3° *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, 1889, t. XXV;

4° Premier fascicule du t. XVI des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* (février 1890);

5° Lettres de MM. QUÉNU et TH. ANGER s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

1° *Kyste hydatique de la mamelle,*

Par M. A. DUBREUIL (de Montpellier).

Femme de 44 ans, bien portante, jamais de grossesse, pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Tumeur du sein droit ayant débuté, il y a deux ans, à la partie supérieure de la mamelle.

Longtemps mobile sous la peau et indolore, la tumeur est devenue douloureuse au contact, il y a deux mois, époque à partir de laquelle son accroissement a été plus rapide.

Actuellement, la tumeur est un peu plus grosse que le poing.

En la palpant, on sent qu'elle est ovoïde, à grand diamètre transversal et franchement fluctuante.

La peau qui la recouvre a sa couleur normale, et n'est pas adhérente. La paroi propre de la tumeur paraît épaisse et résistante, sauf sur un point du côté externe, au niveau duquel elle est considérablement amincie sur une surface correspondant comme étendue à la pulpe de l'index. Pas trace d'engorgement ganglionnaire.

Le 5 janvier, sur la partie interne de la tumeur, petite incision exploratrice par où s'écoule une abondante quantité de pus, dans lequel nageaient des vésicules hydatiques. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique suppuré. Une contre-ouverture, faite au point opposé, permet de traverser la tumeur avec un drain. Lavage à l'acide borique, pansement antiseptique et compression.

Pansement et lavage quotidiens, puis tous les quatre jours, à chaque pansement, en sus du lavage boriqué, injection d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50.

Le 20 février, la malade était complètement guérie.

Je ne me dissimule pas que la cure a été longue, mais l'opérée ne conservera que de petites cicatrices, au lieu de la cicatrice bien plus étendue qu'eût entraînée la dissection du kyste.

2° *De la désinfection et de l'asepsie permanente des divers instruments : sondes en gomme, en caoutchouc, etc., employés pour le cathétérisme vésical,*

Par M. Antonin Poncet.

La stérilisation par la chaleur sèche des diverses espèces de sondes a déjà été proposée par M. Terrier; mais le fait sur lequel nous désirons appeler particulièrement l'attention est la conservation aseptique des sondes préalablement désinfectées. Ces instruments, immergés dans des solutions antiseptiques, s'altèrent inévitablement après un temps plus ou moins long; il n'en est pas de même lorsqu'on les place dans un milieu pulvérulent.

Après divers essais, nous avons choisi la poudre de talc. Cette poudre, très sèche, très fine, nullement hygrométrique, est éminemment propre à conserver le poli de la surface des sondes. Portée à 140°, pendant trente minutes, dans l'étuve sèche, elle constitue un milieu absolument stérile, dans lequel les sondes restent indéfiniment à l'abri des germes.

Nous avons, dans notre salle d'opérations, un petit meuble en cuivre avec des tiroirs de profondeur variable dans lesquels les

cathéters, rendus aseptiques, sont placés au sein d'un lit de poudre de talc, d'une épaisseur suffisante pour les recouvrir complètement.

Veut-on pratiquer un cathétérisme ? avec des doigts d'une propreté chirurgicale, on saisit la sonde choisie qui est essuyée avec un tampon de ouate ou de gaze stérilisée, puis enduite d'un corps gras antiseptique. Après le cathétérisme, elle sera lavée, essuyée, mise de côté pour ne servir plus tard qu'après avoir été désinfectée et maintenue aseptique par les mêmes procédés qui sont applicables à toute autre variété de sondes : rectales, œsophagiennes, etc.

Rapport.

Du gliôme de la rétine, par le Dr Lagrange, médecin-major, agrégé de la Faculté de Bordeaux.

Rapport par M. Chauvel.

Bien que l'histoire du gliôme de la rétine, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, ait été l'objet de multiples travaux, certaines particularités de l'évolution de ce genre de tumeur n'ont pas été jusqu'ici expliquées de façon satisfaisante. Telle la bénignité relative de quelques-unes, comparée à la malignité habituelle de la néoplasie.

M. Lagrange pense qu'il faut chercher dans la disposition anatomique de la tumeur l'origine de ces différences d'évolution, et il apporte un fait à l'appui de son opinion. L'enfant, âgé de 7 ans, a subi, en novembre 1888, l'énucléation de l'œil gauche, en pleine période glaucomateuse; en 1889, après onze mois, il n'y avait pas d'altération de sa santé. Aucune apparence de récidive ou de généralisation.

L'examen macroscopique du globe montre que la tumeur née dans la rétine n'a pas franchi du côté externe les limites de cette membrane, pendant qu'en dedans elle envahit le corps vitré. On observe également à la surface de la papille optique une frange irrégulière dont les filaments flottent dans le corps vitré ramolli, mais dont la base ne dépasse pas la lame criblée en arrière, et respecte le nerf optique en arrière de son insertion.

L'examen histologique prouve qu'il s'agit bien d'un gliôme *endophyte* dont quelques cellules, tombées dans le corps vitré, sont venues se greffer sur la papille optique. Le gliôme, développé exactement aux dépens des éléments rétiniens, l'épithélium excepté,

est comme encapsulé dans l'intérieur de l'œil. M. Lagrange fait ressortir à ce sujet la différence qui existe au point de vue de la facilité, de la rapidité de la généralisation entre le gliôme de la rétine et le sarcome de la choroïde. Contrairement à Panas, à de Wecker, il croit que dans le premier une longue survie et même une guérison définitive sont loin d'être exceptionnelles. Il admet même que dans quelques cas la tumeur peut rétrocéder après avoir perforé la coque oculaire (Brailey).

Aux 19 faits rapportés dans la thèse de Ponchard (1885), et qui montrent des guérisons persistant après trois, cinq et jusqu'à dix-huit ans, il ajoute des observations de Sinclair, de Noyes, de Galezowski, etc. En somme, sur 94 cas certains, la guérison temporaire, une longue survie, ont été obtenues au moins vingt fois. Si l'on remarque que les cas heureux sont ceux où l'intervention a été précoce, que les insuccès dépendent le plus souvent de ce que le gliôme, au moment de l'énucléation, avait déjà envahi la choroïde, la sclérotique, et parfois perforé la coque oculaire, on est en droit de conclure, avec M. Lagrange, qu'il faut opérer aussitôt que le diagnostic est posé.

Telle est du reste, il nous semble, l'opinion de l'immense majorité des ophthalmologistes. Même dans le sarcome choroïdien de l'adulte, on obtient par l'énucléation précoce des guérisons de longue durée.

Messieurs, ayant résumé les points les plus importants de l'observation de notre confrère de Bordeaux, je vous propose : 1° de lui adresser des remerciements pour son très intéressant travail; 2° de l'inscrire en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Rapport.

Blessure du lobe frontal gauche par un éclat de canon de fusil, par le Dr Chénieux (de Limoges).

Rapport par M. Chauvel.

Un jeune garçon est blessé le 8 juin 1884 par l'éclatement d'un fusil; de la plaie, située dans la région sourcilière gauche, s'échappe un volumineux bouchon de matière cérébrale. Le Dr Decrossat, qui le soigne, extrait de l'excavation laissée par la chute du bourgeon cérébral hernié et mortifié douze esquilles dont la dernière est enlevée le 14 juillet. Le 19 juillet, il découvre un corps étran-

ger, solide, métallique, très profondément et très solidement enclavé, qu'il ne vient pas à bout de saisir. En dehors de la perte de l'odorat, de la destruction de l'œil gauche, le blessé ne souffre aucunement de la tête, ne présente aucun trouble de l'intelligence ni de la mémoire. On constate seulement une hyperesthésie cutanée de la région antérieure du cou et supérieure de la poitrine.

M. Chénieux, appelé à voir le blessé un mois et demi après l'accident, constate une plaie en partie cicatrisée, bourgeonnante en son milieu, en forme de rigole profonde, verticale, intéressant à la fois le frontal et l'orbite. Cette plaie, animée d'un mouvement d'expansion, se déprime en entonnoir à son centre. Un trajet de 3 centimètres conduit sur un corps noir, dur, métallique, légèrement mobile, recouvert en haut par la cicatrice, enclavé en bas dans les os de la base du crâne. Le débridement de la cicatrice permet de le saisir avec un fort davier, de l'ébranler par des mouvements d'oscillation et de l'extraire. C'était un éclat de canon de fusil long de 7 centimètres, large de 2 centimètres et demi en son milieu, fusiforme, à bords irréguliers. Notre confrère pense qu'il a dû pénétrer dans le crâne et intéresser le lobe gauche du cerveau jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure de la gouttière ethmoïdale. Brisant la voûte orbitaire, il vint enfin s'enclaver profondément vers la fente sphéno-maxillaire.

Les suites de l'opération furent simples. Le Dr Decrossat maintint longtemps dans le trajet une petite canule en argent pour drainer le fond de la plaie. Mais la rétraction du tissu médullaire amena peu à peu des céphalées, des crises convulsives de plus en plus rapprochées, et le blessé succomba, le lendemain d'un léger excès de boisson, à des attaques épileptiformes. M. le Dr Chénieux admet que ces crises étaient dues à la rétraction de la cicatrice, mais il n'a pas vu le malade à l'époque de ces accidents.

Notre confrère fait remarquer, à propos de l'hyperesthésie de la partie antérieure du cou et du haut de la poitrine, que la région du cerveau atteinte par l'éclat du fusil paraît correspondre à la sphère sensible du tronc, et confine à la sphère sensible du cœur, d'après les déterminations d'Hermann Munk (1877-1878).

Le point remarquable de cette observation, c'est la tolérance momentanée, pour le cerveau, d'un corps étranger qui avait broyé en partie son lobe antérieur gauche. Toutefois, le fait n'est pas exceptionnel. Il suffit de compulser l'histoire chirurgicale de la guerre de sécession pour en trouver des exemples. En somme, les parties les plus antérieures du lobe frontal semblent avoir été seules atteintes, et, en l'absence d'une encéphalo-méningite, la persistance de la vie était chose régulière.

Il nous est moins aisé de comprendre la cause des accidents

ultérieurs. En l'absence d'autopsie, il est impossible, nous semble-t-il, de les rattacher à la rétraction du tissu cicatriciel. La formation d'une exostose, d'une collection purulente à développement lent, chronique, nous paraît plus probable. Peut-être eût-il été possible de préciser le diagnostic en pratiquant une ponction sur une incision exploratrice dans la cicatrice ou à son voisinage immédiat. Heureuse ou impuissante, l'intervention chirurgicale, en présence de ces accès épileptiformes, manifestation incontestable d'une irritation locale, était parfaitement indiquée. Sans blâmer l'expectative, la conduite opposée aurait eu mes préférences.

Je vous propose, messieurs : 1° de remercier M. le Dr Chénieux de sa communication; 2° de déposer son travail dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Rapport.

Cholécystotomie pour calcul enclavé dans le canal cystique. Le douzième jour, oblitération de la fistule biliaire par abrasion, par le Dr Chaput.

Rapport par le Dr Terrillon.

P... (Marie), 46 ans, entre le 1er août à l'hôpital Tenon.

Parmi les antécédents dignes d'être rapportés, on note qu'elle fait remonter à l'âge de vingt-neuf ans ses premiers accidents dyspeptiques.

Il y a trois ans, elle entra à Tenon pour des accidents hépatiques qui durèrent cinq mois, accidents caractérisés par de violentes douleurs à l'hypocondre droit avec vomissements, dyspepsie et ictère.

Depuis lors, elle vomit fréquemment de la bile et éprouve une douleur presque constante dans l'épaule et le bras droits.

En avril 1889, elle a eu un retour de ses crises hépatiques. En même temps est apparue une tuméfaction douloureuse au-dessous du rebord des fausses côtes. Il y avait de l'ictère, les urines étaient chargées de sels et elle a présenté également une poussée d'urticaire.

Une ponction pratiquée par M. Letulle n'a donné issue qu'à du sang.

A son entrée à Tenon, on a constaté, au-dessous du rebord des fausses côtes, au niveau du bord externe du muscle droit, une tumeur volumineuse, mobile, donnant tout d'abord la sensation d'un rein déplacé. Mais un examen plus approfondi permet d'affirmer qu'il n'en est rien. La tumeur est arrondie, de consistance résistante, douloureuse à la pression, mobile dans le sens vertical, mais non transver-

salement. Son volume est comparable à celui du poing. La tumeur est parfaitement mate à la percussion. Au-dessous d'elle on perçoit la sonorité intestinale. Au-dessus, existe la matité du foie qui se continue intégralement avec celle de la tumeur. Celle-ci est encore mobile dans les mouvements respiratoires.

La recherche du ballottement rénal montre que la tumeur n'a rien de commun avec le rein. Ce dernier organe n'est nullement altéré.

Léger ictère conjonctival. Matière colorante de la bile dans les urines, constatée par l'acide nitrique. Les selles sont bien colorées. L'état général de la malade est satisfaisant ainsi que son embonpoint.

Le 15 août 1889, M. Chaput exécute la cholécystotomie.

Il fait une incision verticale de 12 à 15 centimètres sur la partie saillante de la tumeur.

La paroi est incisée couche par couche et le péritoine ouvert. Il trouve alors la vésicule distendue, d'un blanc bleuâtre dans la partie supérieure de la plaie, tandis que dans la partie inférieure l'épiploon et l'intestin grêle tendent à faire hernie. Il les refoule à l'aide d'une éponge montée. Protégeant alors le péritoine à l'aide de deux autres éponges, il ponctionne la vésicule avec un trocart à hydrocèle préalablement bouilli, afin de diminuer le volume de la tumeur. Cette ponction donne une centaine de grammes d'un liquide blanc visqueux. Après avoir retiré le trocart, il fait à la poche une incision de 3 centimètres. L'exploration à l'aide de la sonde cannelée et du doigt permet de constater la présence d'un volumineux calcul adhérent situé à la partie profonde de la vésicule. Après quelques tentatives inutiles pour mobiliser le calcul, M. Chaput suture la vésicule à la peau et ferme la plaie abdominale afin de faire avec plus de sécurité les tentatives d'extraction. Pendant tout ce temps, la vésicule est oblitérée à l'aide d'une pince à crémaillère. La paroi est suturée par des fils profonds à la soie qu'on abandonne et des crins de Florence superficiels.

Il recommence alors ses tentatives d'extraction, et il essaye de mobiliser le calcul avec le doigt, la sonde cannelée, et une pince érigne; il tente aussi de le fragmenter. Enfin, il emploie une curette tranchante à utérus, à cuiller longue et étroite; il l'introduit entre le calcul et la paroi, et, par un mouvement de levier, celui-ci saute brusquement sur la table d'opérations. Pansement à l'iodoforme, suites excellentes; apyrexie complète. La bile n'a commencé à couler qu'à partir du 23 août, et toujours en petite quantité.

Le 27 août, jugeant inutile de laisser persister indéfiniment la fistule, M. Chaput prend le parti de la traiter, comme il traite les fistules intestinales bien accessibles.

Avec une pince à griffes et un fin bistouri, il dissèque la vésicule de la paroi abdominale sur une hauteur de 1 centimètre environ sans ouvrir le péritoine.

A l'aide d'une curette tranchante, il abrase la muqueuse doublant la fistule dans l'étendue de 1/2 centimètre et sur toute la circonférence.

M. Chaput place ensuite une série de sutures à points séparés, avec de la soie fine, de façon à oblitérer complètement l'orifice.

Il excise enfin au bistouri le rebord inversé du tégument cutané qu'il suture avec la paroi au crin de Florence. Pas de drain. Pansement à l'iodoforme.

Suites excellentes, ablation des fils le 6 septembre. La fistule est oblitérée définitivement. La malade fut ensuite renvoyée chez M. Letulle, le 9 septembre, entièrement guérie.

Le calcul était un peu allongé avec une surface extérieure hérissée de petits mamelons probablement enchâssés dans des logettes dépendant de la vésicule ; de là l'adhérence du calcul. A l'extrémité engagée dans le canal cystique se trouvait un gros mamelon très régulier du volume de la pulpe du petit doigt. Il mesurait de 3 à 4 centimètres de long et plus de 2 centimètres de diamètre. A la coupe, il est constitué par un noyau central pulvérulent ayant l'aspect de pigment biliaire. Vient ensuite une large surface d'apparence cristalline et enfin une mince couche corticale d'un blanc mat.

L'analyse chimique du calcul, faite par M. Guillaume, montre que la partie soumise à l'analyse pesait 5^{gr},957, était composée de 4^{gr},594 de cholestérine et de 1^{gr},363 de matières colorantes biliaires.

Quant au liquide clair de la vésicule, sa composition était :

	gr.
Eau	98,90
Extrait sec	1,10
Matières minérales	0,94
Matières organiques (fibrine, mucine)	0,16

Cette observation intéressante mérite quelques réflexions qui porteront sur trois points principaux : l'ouverture d'emblée de la vésicule sans ponction préalable, le mode d'enlèvement du calcul enchatonné dans le canal cystique, enfin et surtout l'obstruction de la fistule biliaire au moyen d'un procédé spécial.

Je rappellerai que dans une observation de cholécystotomie qui fut la première publiée en France sur ce sujet, et lue devant l'Académie de médecine en 1886, et qui devint le sujet d'un rapport fait par M. Polaillon en 1887, j'avais déjà agi comme M. Chaput. Les signes de l'affection étaient tellement évidents que j'avais pratiqué d'emblée la laparotomie sans faire de ponction évacuatrice. Celle-ci est presque toujours inutile, quand elle n'est pas dangereuse. Elle est surtout inutile, puisque nous voyons dans l'observation de M. Chaput qu'une ponction faite quelque temps avant l'opération par M. Letulle n'avait donné aucun résultat pour le diagnostic. Je crois donc qu'à moins de circonstances spéciales il n'est pas nécessaire de faire une ponction préalable, si le diagnostic est bien assuré.

L'extraction du calcul enchatonné dans le canal cystique est souvent difficile, surtout quand il est volumineux. Souvent on est obligé d'agir profondément et on s'expose à déchirer le canal.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 43.5.90. *Le Gérant :* G. MASSON.

Aussi dans le cas auquel j'ai déjà fait allusion, j'avais été obligé de morceler le calcul, de le creuser avec une pince à griffes avant de pouvoir casser la paroi superficielle et l'extraire par morceaux, M. Chaput a essayé cette méthode, puis il s'est décidé à se servir d'un levier pour déplacer le calcul.

Je crois qu'il faut s'inspirer des circonstances pour employer les moyens les plus divers propres à enlever ce calcul sans perforer le canal cystique.

Il me semble aussi que M. Chaput a pris une précaution exagérée en suturant le fond de la vésicule à la paroi abdominale, avant de faire les tentatives d'extraction. J'ai toujours, dans les opérations semblables que j'ai faites, actuellement au nombre de cinq, enlevé le calcul, sans employer la suture préalable et cela sans inconvénient.

Le dernier point qui reste à examiner est le fait d'oblitérer la fistule biliaire ou de refermer le fond de la vésicule après 8 ou 10 jours, au lieu de la laisser persister pendant longtemps. Ceci est une pratique nouvelle, appelée à un certain avenir, mais à condition qu'on soit assuré par l'absence d'ictère et par la coloration des selles, que la bile passe librement par le cholédoque. Ce qui est le fait de l'observation de M. Chaput.

Cette pratique est donc rationnelle, dans ces cas bien déterminés.

Quant au procédé d'obstruction, il appartient en propre à l'auteur qui l'a déjà employé dans d'autres fistules, par exemple les fistules stercorales.

Le principe de ce procédé consiste à détacher sur une hauteur de un centimètre le canal de ses adhérences à la paroi. Une fois mobilisée, la surface interne ou muqueuse est abrasée ou avivée avec une curette tranchante.

Les parties cruentées sont rapprochées en surface avec des sutures au catgut ou en soie.

Par dessus cette suture portant seulement sur les parois du canal, on pratique une suture superficielle totale.

Ce procédé me semble très important et a déjà donné de nombreux résultats entre les mains de l'auteur.

Discussion.

M. Terrier. Si la vésicule biliaire ne communique plus avec le reste de l'appareil excréteur du foie, l'opération de M. Chaput devient inutile, puisque l'oblitération se fait spontanément. Mais si le canal cholédoque étant devenu imperméable, il persiste une fistule biliaire, il est tout indiqué de pratiquer, comme je l'ai fait

avec succès, la cholécystentérostomie. C'est le seul moyen de fermer la fistule d'une part, de s'opposer d'un autre côté à la déperdition de la bile.

Mon opéré a fini par succomber à des accidents gastriques dûs à l'existence d'une tumeur carcinomateuse de la tête du pancréas dont j'avais déjà constaté l'existence pendant l'opération. L'autopsie a montré que la fistule cysto-duodénale que j'avais créée est restée perméable jusqu'au dernier jour.

M. Tillaux. C'est là en effet la seule conduite à tenir, si le canal cholédoque est oblitéré. J'ai fait, il y a quelque temps, l'opération qui a si bien réussi à M. Terrier, mais que Winiwarter avait proposée et exécutée depuis longtemps déjà. Mon malade a succombé à un cancer secondaire du foie. Je me propose de communiquer ultérieurement l'observation en son entier.

M. Terrier. Winiwarter a fait chez son malade six opérations successives, presque toutes assez irrégulières, puisqu'il n'est arrivé au but qu'à la sixième. C'est un chirurgien russe, Monastyrki qui a réussi la première fois.

M. Terrillon. L'établissement d'une fistule cysto-duoduénale était impossible chez mes malades en raison des adhérences multiples qui unissaient leurs vésicules aux organes voisins et à la paroi abdominale.

Communication.

Sur le traitement de l'ectopie testiculaire,

Par M. L.-G. Richelot.

Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire est encore une de nos acquisitions récentes et un de nos progrès les moins à dédaigner. On peut dire qu'aujourd'hui, passé l'âge où le testicule arrêté en chemin peut achever lui-même sa descente, il est presque toujours utile et souvent très urgent d'intervenir pour corriger cet arrêt de développement.

La rétention du testicule au-dessus du trajet inguinal ou dans ce trajet a de nombreux inconvénients. La glande séminale est dépourvue de ses aptitudes fonctionnelles, ou bien elle les perd à un certain âge, tandis que, descendue artificiellement et replacée dans les bourses, elle peut encore, à moins d'atrophie extrême, continuer son évolution et devenir apte à jouer son rôle. Dans sa

position anormale, elle est exposée aux blessures, à l'orchite, aux néoplasies. Elle peut, si elle s'enflamme, être la cause d'une péritonite, parce que la séreuse qui l'entoure communique largement avec l'abdomen. Enfin, par ce même fait de la persistance du conduit vagino-péritonéal, l'ectopie s'accompagne souvent d'une hernie dite congénitale, avec tous les dangers qu'elle entraîne. En voilà bien assez pour que nous soyons heureux d'avoir trouvé le moyen de remédier, dans une large mesure, à ce vice de conformation.

La question a été soulevée à la Société de chirurgie, le 10 avril 1889, par un mémoire de Tuffier et un rapport de Lucas-Championnière. L'auteur du mémoire recommande de combattre l'ectopie inguinale en faisant subir au testicule des tractions répétées qui mobilisent peu à peu la glande et son cordon ; puis de l'empêcher de remonter vers l'anneau en le fixant au fond des bourses par des fils de catgut passés au travers de l'albuginée. Cette fixation du testicule a reçu d'abord le nom impropre de « célorrhaphie » ; on a dit ensuite « orchidopexie », mot plus correct et rappelant l' « hystéropexie » ou fixation de l'utérus.

Des faits produits à la Société de chirurgie il résulte que la piqûre aseptique du testicule est sans danger et, d'autre part, que les manipulations peuvent aider quelquefois à la descente de l'organe, à la condition qu'il offre déjà une certaine mobilité.

Mais toute la question n'est pas là. Pour guérir l'ectopie, faut-il se borner à tirer dessus et à faire un point de suture ? Faut-il se fier à celui-ci pour empêcher l'ascension du testicule et la récidive ? Quand l'ectopie s'accompagne de hernie congénitale, doit-on se contenter d'abaisser la glande pour aboutir à l'application d'un bandage ? Ces divers points n'ayant pas été pleinement éclaircis dans la séance du 10 avril, et la discussion qui a suivi le rapport de Lucas-Championnière ayant laissé incertaine la conduite à tenir en présence d'une ectopie testiculaire, voici, en quelques mots, l'opinion que m'ont suggérée les faits observés par mes collègues et ceux que j'ai vus moi-même.

Je pense qu'une opération contre l'ectopie n'est pas, en général, indiquée pendant la première enfance, car l'organe, à cet âge, descend quelquefois tout seul. Peut-être a-t-on le droit de favoriser cette évolution naturelle par les tractions, le massage, les bandages à fourche, si tant est qu'on puisse employer efficacement ces procédés chez un enfant très jeune. D'autre part, au delà de 20 ans, les fonctions du testicule risquent fort d'être à jamais perdues. Il faut donc intervenir activement vers l'âge de 15 ans ; c'est aussi l'âge moyen que j'ai indiqué, dans une discussion antérieure, pour la cure des hernies congénitales.

Mais, à l'âge opportun, quelle sera la meilleure intervention ? L'indication est double : il s'agit à la fois de sauver le testicule, et de guérir ou de prévenir une hernie congénitale. Cela étant, je dis qu'il est insuffisant et irrationnel de s'en tenir à la fixation du testicule au scrotum à l'aide d'un fil (orchidopexie), et que la première condition d'un bon traitement est de *supprimer le conduit vagino-péritonéal.* Ce n'est pas la seule condition, mais c'est la première. C'est faire, en somme, la cure d'une hernie actuelle ou possible dans l'avenir. Rien n'égale la bénignité de l'opération entre des mains délicates ; et ce point admis, il n'est pas difficile d'en démontrer les avantages.

1° S'il y a hernie, pourquoi chercher seulement à la rendre coercible en la séparant du testicule, quand on pourrait, du même coup, la supprimer ? La cure d'une hernie congénitale, prise de bonne heure, est vraiment définitive, nous en avons maintenant la preuve ; et le résultat en vaut la peine, car c'est la plus fâcheuse des hernies.

2° Si l'intestin n'est pas descendu, la disposition congénitale n'en existe pas moins ; à tant faire que d'opérer, il vaut mieux aller jusqu'au bout, et faire une cure radicale préventive.

J'ajoute que cette cure doit être vraiment radicale, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se contenter d'oblitérer le canal séreux par quelques points de suture, mais le supprimer totalement par une dissection minutieuse. J'ai démontré, dans un travail antérieur, que la dissection est toujours possible, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs qui ont parlé de la cure des hernies congénitales, et qu'elle n'offre pas de grosses difficultés. Voici une nouvelle preuve qu'elle est nécessaire :

Un ouvrier typographe de 18 ans est entré à l'hôpital Tenon le 16 novembre 1889, pour un gonflement de la moitié droite du scrotum. Ce gonflement est une récidive, car il s'est déjà fait opérer à l'Hôtel-Dieu, le 13 juin dernier, par Kirmisson, remplaçant le professeur Richet. Renseignement pris, il avait une hydrocèle congénitale et une ectopie testiculaire à droite ; Kirmisson a incisé le scrotum, refoulé et fixé le testicule au fond des bourses, évacué l'hydrocèle et oblitéré le conduit vagino-péritonéal par le « capitonnage » avec plusieurs points de suture. Aujourd'hui, l'hydrocèle s'est reproduite et forme une tumeur bilobée, occupant la moitié supérieure du scrotum ; elle est transparente, molle, fluctuante et ne se réduit pas complètement dans la position horizontale. Le testicule, remonté depuis l'opération, est au-dessous de l'anneau inguinal externe ; il adhère à la peau, qui offre, au point où on l'a fixé, une légère dépression, un commencement d'invagination. Le malade se plaint de souffrir en marchant et en travaillant.

Le 22 novembre, j'incise au niveau du testicule, sur l'ancienne cicatrice. Ecoulement d'une sérosité partiellement retenue dans plusieurs diverticules de la vaginale, irrégulièrement cloisonnée. Le conduit vagino-péritonéal existe et admet l'extrémité de l'auriculaire ; il ne reste pas trace du capitonnage, la sonde cannelée pénètre dans l'abdomen à toute profondeur. Alors j'entreprends la dissection du canal séreux, qui n'est pas difficile, je la pousse très haut et je ferme le péritoine ; puis, en suturant son bout inférieur au catgut, je reconstitue la vaginale autour du testicule mis à nu. Je laisse l'organe à la place qu'il occupe, sans chercher à le faire descendre davantage, et je ferme la plaie comme à l'ordinaire. Le malade guérit sans difficulté, après avoir eu, je ne sais pourquoi, un peu d'orchite du côté gauche, et une légère funiculite du côté de l'opération ; il quitte l'hôpital le 27 décembre.

Inutile d'insister pour montrer que, dans cette histoire, la fixation du testicule au scrotum ne l'a pas empêché de remonter, entraînant la peau tout aussi mobile que lui ; de plus, le capitonnage n'a pas suffi pour oblitérer le canal séreux et prévenir la récidive de l'hydrocèle. En cas de hernie, les mêmes faits se seraient produits sans nul doute, et la cure n'aurait pas été radicale.

3° La suppression du canal séreux n'est pas seulement une cure radicale préventive ; c'est faire que le testicule ne peut plus remonter au delà d'une certaine limite. Chez quelques sujets, l'organe descendu spontanément après la naissance est retourné un beau jour dans l'abdomen et a disparu. Ce danger n'est pas à craindre, si le testicule a été enclos dans sa vaginale, le péritoine fermé d'autre part, et le canal séreux remplacé par une colonne de tissu cicatriciel.

Il y a plus. Après l'orchidopexie, l'ascension et la récidive sont habituelles ; or, il y a des cas où la cure radicale toute seule assure mieux la fixation, en avivant la face externe de la vaginale, en déterminant de nouvelles adhérences de cette face avec le tissu cellulaire des bourses, et en supprimant la route glissante où le testicule monte et descend. J'ai opéré, en 1886, une hernie congénitale avec ectopie ; ayant attiré le testicule au-dessous de l'anneau inguinal externe, je ne l'ai pas fixé par la suture, et j'ai pu constater au bout d'un an qu'il était sensiblement descendu, qu'il occupait le scrotum et était mobile, dans une certaine mesure, au-dessous du pubis. (*Bulletin de la Soc. de chir.*, 1887, p. 650). En 1888, dans une autre cure radicale, j'ai trouvé le testicule adhérent au pli de l'aine, non dans le trajet inguinal, mais en dehors de l'arcade de Fallope, et pourvu d'un cordon de longueur suffisante ; je l'ai installé, sans la moindre suture, dans une logette

creusée au milieu d'un scrotum rudimentaire, et il y est resté, à la grande satisfaction du malade. Voici ce dernier fait en abrégé :

M. D..., 27 ans, opéré le 29 août 1888. La situation de la glande séminale est curieuse et exceptionnelle : l'organe est descendu et sorti de l'anneau; seulement, refoulé sans doute par la hernie, peut-être anssi par la pression du bandage, il s'est renversé, son extrémité inférieure regarde en haut et des adhérences le retiennent couché obliquement dans la direction du canal inguinal, au-devant de l'aponévrose. Le cordon, au sortir de l'anneau, se réfléchit de bas en haut vers le testicule.

Le canal séreux étant supprimé et le testicule enfermé dans sa vaginale, celui-ci se trouve mobile au bout d'un cordon qui a toute la longueur voulue pour que l'organe soit replacé dans les bourses. Malheureusement, le scrotum est à peine développé ; tout ce que je puis faire, c'est d'y creuser avec le doigt une logette où la glande séminale est installée pour y contracter de nouvelles adhérences, tandis que le cordon reste légèrement flexueux au-dessus d'elle.

J'ai revu ce malade longtemps après la guérison. Le testicule est toujours à la place où je l'ai mis, et M. D... s'applaudit sans réserve du résultat de l'opération (D[r] Chauveau, *Des hernies inguinales congénitales*, thèse inaug., 1888; *Union médicale*, 27 janvier 1889).

Tels sont les bénéfices de la cure radicale. Aussi est-elle, pour moi, la première condition du traitement. Mais elle n'est pas la seule, car souvent, malgré la suppression du canal séreux, le testicule remonte et vient se placer au-dessous de l'anneau inguinal.

Est-ce la fixation de l'organe au scrotum qui empêchera cette ascension nouvelle ? Non ; je ne crois pas que le passage d'un fil pour le maintenir adhérent ait une influence réelle sur sa position définitive. Et, de fait, les observations démontrent le peu de valeur du procédé. Il faut bien savoir que la force qui fait remonter l'organe est puissante, et que le fond des bourses n'est pas un point fixe. De deux choses l'une, ou le testicule n'est pas attiré de bas en haut, et la suture est inutile pour le maintenir, l'avivement du tissu cellulaire suffisant à l'adhésion ; ou l'organe est attiré, et le scrotum, qui est absolument mobile, ne demande qu'à remonter avec lui. Voici un nouvel exemple de ce fait :

Au mois de mai 1889, un garçon de 3 ans me fut envoyé du département de Seine-et-Marne pour une ectopie inguinale droite. Le testicule, très mobile, descendait dans un scrotum incomplètement développé, remontait et se perdait dans l'abdomen. Au pre-

mier abord, il n'y avait pas lieu d'intervenir à cet âge: mais on réclamait mon assistance, parce que l'organe, au lieu d'aller et venir librement, s'arrêtait souvent dans le trajet inguinal, y devenait fixe et douloureux tout à coup et provoquait de véritables symptômes d'étranglement.

Dans ces conditions, je ne crus pas devoir m'abstenir, et j'avoue que je ne me fis pas scrupule d'opérer chez un enfant aussi jeune, contrairement à la règle que je suis d'ordinaire, un testicule en ectopie folle, qui s'exposait lui-même à des inflammations dangereuses et qui, par ses allures, maintenait dilaté le conduit vagino-péritonéal et en faisait un sac tout prêt pour la hernie future. J'opérai donc, et je fis la dissection et l'ablation totale du canal séreux en fermant le péritoine aussi haut que possible et reconstituant la vaginale autour du testicule. Puis, par acquit de conscience et pour en voir le résultat, je fixai l'organe au fond du scrotum avec un crin de Florence passé à travers son tissu. L'enfant guérit très vite, mais le testicule remonta et vint se placer au-dessous de l'anneau inguinal externe, entraînant la peau toujours adhérente au niveau du point de suture et légèrement invaginée.

Ainsi, le canal est fermé, la hernie prévenue, le testicule ne peut plus rentrer dans le ventre; il est un peu haut situé, mais bien enclos dans sa vaginale et capable, sans nul doute, de remplir un jour ses fonctions. Par suite, le résultat que j'attendais de l'opération est obtenu, et cela, par le fait de la cure radicale; mais si j'avais compté sur la fixation au scrotum pour déterminer la position de l'organe, j'aurais une complète désillusion.

Si donc on trouve un intérêt sérieux — et cet intérêt n'est pas niable — à maintenir le testicule au fond des bourses, il faut chercher ailleurs. Or, deux moyens se présentent : la section des fibres du crémaster et la fixation *du cordon* au niveau du trajet inguinal. A priori, ces deux moyens sont rationnels. Nul doute que le crémaster joue un rôle dans l'ascension du testicule ; nul doute que, si le muscle est supprimé, l'organe sera beaucoup moins sollicité vers le trajet inguinal. Mais, en supposant même qu'il ne reste plus aucune de ses fibres, il reste encore la rétraction naturelle de tous les éléments du cordon, pour peu que celui-ci ait une certaine brièveté et qu'on ait dû tirer sur lui pour amener le testicule au fond des bourses. Donc, à part la section du muscle, il doit être utile d'immobiliser en un point de son trajet l'instrument qui exerce les tractions en retour, c'est-à-dire le cordon.

Un fait que je viens d'observer à l'hôpital Tenon va mettre en lumière ces divers points, et me permettra de vous donner ma conclusion générale sur le traitement de l'ectopie testiculaire.

Il s'agit d'un forgeron de 20 ans, qui est entré dans mon service

le 13 février 1890. Il s'est aperçu, à l'âge de 10 ans, que ses deux testicules n'occupaient pas les bourses. Depuis une quinzaine de jours, celui du côté droit est douloureux et empêche tout travail; il est au pli de l'aine, paraît de volume ordinaire et immobilisé dans le trajet inguinal. Le gauche, d'une taille au-dessous de la moyenne, est libre et flottant, se laisse attirer sans résistance au-dessous de l'anneau, et remonte aussitôt vers la partie supérieure du trajet. A gauche, le scrotum est peu développé ; à droite, il est rudimentaire.

Opération le 25 février. Commençant par le côté gauche, je découvre le testicule en incisant le conduit vagino-péritonéal ; puis une incision transversale au devant des éléments du cordon me permet d'isoler par décollement le bout supérieur du canal séreux. Je remarque alors que ce canal est oblitéré à la partie supérieure du trajet inguinal, et ne communique plus avec l'abdomen ; c'est un cas particulier qui ne change rien aux indications. Je supprime ce bout supérieur par une dissection complète, sans avoir à fermer le péritoine avec un fil de catgut. Cela fait, je reconstitue la vaginale autour du testicule par quelques points de suture.

Reste la fixation : le testicule, enclos dans sa vaginale, est absolument isolé ainsi que le cordon lui-même, par la déchirure ou la section de toutes les adhérences qui l'unissent au tissu cellulaire des bourses, de telle sorte qu'il devient tout à fait libre et appendu au cordon comme un battant de cloche. Ce n'est pas tout : je déchire avec des pinces le tissu cellulo-fibreux du cordon, surtout à proximité de l'anneau inguinal, de manière à le bien dépouiller, à le réduire à sa plus simple expression ; ceci a pour but de détruire les fibres du crémaster qui rampent à sa surface, mais que je ne vois pas, car le tissu est uniformément coloré par un peu de sang, et dans aucun point je ne distingue nettement les pâles faisceaux de la tunique érythroïde, même en fouillant dans le trajet inguinal. Je dispose alors le testicule au fond du scrotum, dont la partie gauche offre une largeur suffisante ; je puis le faire sans tirer, sans mettre en jeu l'élasticité du cordon, et cela parce qu'il est entièrement libre d'adhérences. Je ne fixe pas le testicule au scrotum ; mais, avec l'aiguille de Reverdin, je place trois gros fils de catgut qui rétrécissent l'anneau et le trajet inguinal en passant au travers des éléments du cordon. Ces fils sont pareils aux sutures profondes par lesquelles on rétrécit le trajet herniaire en terminant la cure radicale, avec cette différence qu'ils prennent les couches externes du cordon pour les fixer à l'aponévrose abdominale, et ne respectent que le canal déférent et l'artère spermatique. — Suture de la plaie sans drainage.

A droite, je commence la même opération, pensant trouver le

testicule au beau milieu du canal inguinal et être gêné pour fermer le péritoine. Mais il n'en est rien : l'organe est sorti de l'anneau, remonté en dehors, et couché obliquement sur l'arcade crurale. Le cordon est de longueur normale et se réfléchit de bas en haut. C'est la même disposition que chez M. D..., dont j'ai résumé plus haut l'observation. Je fais alors la dissection du canal séreux, dont le bout supérieur offre la même disposition que du côté gauche; ensuite, la vaginale étant fermée par des points de suture, je détruis toutes ses adhérences au tissu cellulaire, je la libère entièrement, et je dépouille le cordon comme je l'ai fait du côté opposé. J'ai dit qu'il était de longueur suffisante; mais c'est le scrotum qui manque. Cependant, je le dilate avec les deux index et je creuse dans le tissu cellulaire une logette où je dépose le testicule, puis je termine par la fixation du cordon au canal inguinal avec des fils de catgut. Réunion de la plaie sans drainage, et pansement.

Aucune suite opératoire ne mérite d'être notée; ce qui est intéressant, c'est de constater la situation définitive occupée par le testicule. Au bout d'un mois, sans doute, on peut dire qu'elle n'est pas encore définitive; cependant, à voir les deux organes commodément placés au fond d'un scrotum bien formé, sinon très large, tandis que tout est souple au-dessus d'eux et que rien ne paraît les solliciter à remonter vers le pli de l'aine, il est bien difficile d'admettre que le succès thérapeutique ne soit pas complet et durable. Nous le verrons, d'ailleurs, et je vous le dirai plus tard.

En résumé, comment faut-il comprendre le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire?

Attirer l'organe vers le fond du scrotum et chercher à l'y maintenir par des points de suture, sans oblitérer le conduit vagino-péritonéal, est une méthode irrationnelle et insuffisante. La perméabilité du canal séreux laisse persister la hernie ou les chances de hernie et facilite le retour du testicule au pli de l'aine. L'adhérence à la peau des bourses n'a qu'un effet possible : c'est d'empêcher l'organe, en cas d'ectopie folle, de rentrer dans l'abdomen, la peau ne pouvant s'invaginer jusque-là. Mais elle ne l'empêche pas de remonter au pli de l'aine; il est donc bien inutile, quand on a fait la cure radicale, d'y ajouter l'orchidopexie.

Le premier point du traitement, c'est la cure radicale. Elle pare aux deux inconvénients majeurs de l'ectopie, la persistance du canal séreux et l'atrophie testiculaire; elle sauve la glande et guérit ou prévient la hernie congénitale. Cela fait, la plus grosse besogne est faite; on pourrait s'arrêter là.

Cependant, il vaut mieux que la glande séminale ait une certaine mobilité au fond des bourses et ne soit pas collée au pubis.

Pour atteindre ce résultat, il faut : 1° disséquer parfaitement la surface externe du cordon et de la vaginale reconstituée, les libérer entièrement, afin de pouvoir abaisser le testicule, sans qu'il soit retenu par aucune adhérence; 2° détruire les fibres du crémaster en dépouillant le cordon ; 3° creuser une loge pour le testicule dans le scrotum plus ou moins rudimentaire, et l'y déposer simplement ; 4° fixer *le cordon* au trajet inguinal par des points de suture qui prennent ses couches superficielles et respectent le canal déférent et l'artère spermatique.

Les difficultés de cette seconde partie du traitement sont en raison inverse de la longueur du cordon. Il y a des ectopies très mobiles avec des cordons suffisants ; des ectopies apparentes, comme dans les deux cas cités plus haut, avec un testicule descendu mais fixé en dehors de l'arcade, et un cordon bien développé. En pareil cas, le succès doit être complet. Si, au contraire, le cordon est très court, si la glande est retenue dans le trajet inguinal, on peut être gêné pour disséquer le bout supérieur et fermer le péritoine, gêné surtout pour abaisser l'organe. Il faut alors se résigner à ne pas le voir aussi bas et aussi mobile qu'on voudrait; mais, du moins, la manœuvre complète que j'ai décrite, isolement parfait, section des fibres crémastérines et fixation du cordon, donne l'assurance qu'il restera où on l'a mis. Enfin, si la position définitive de l'organe est peu satisfaisante à divers points de vue, il faut bien se dire que, par la seule cure radicale, on a déjà satisfait aux principales indications du traitement.

Discussion.

M. Championnière. Le traitement de l'ectopie testiculaire peut être entrepris dans deux conditions fort différentes.

C'est ainsi que M. Tuffier s'est surtout occupé de cette malformation congénitale, chez les jeunes enfants. Il n'a fait ainsi que devancer ce que la nature aurait souvent produit spontanément.

Je ne nie point, du reste, qu'il ne puisse y avoir avantage à hâter ce travail évolutif, et ne prétends point critiquer les motifs qui l'ont amené à exécuter et à défendre l'orchidopexie.

Chez les adultes, les choses se présentent sous un tout autre aspect ; il n'y a rien à attendre chez eux ni du massage, ni des phénomènes évolutifs naturels.

Force est bien de recourir à une opération plus considérable même que l'orchidopexie, dont les résultats seraient chez eux illusoires.

La cure radicale est alors tout indiquée. Mais même dans ces cas, la séreuse vaginale étant reconstituée, le canal vagino-péri-

tonéal détruit, son orifice supérieur oblitéré, l'abaissement du testicule est fort difficile à obtenir.

J'ai dû inciser non seulement le crémaster, mais un faisceau fibreux résistant, dont l'existence me semble due à une anomalie anatomique.

Il est absolument nécessaire d'inciser toutes ces parties avec le plus grand soin, en évitant la lésion du canal déférent et autant que possible la blessure de l'artère spermatique.

Lorsque ces diverses sections ont libéré le testicule, le laissant pendant en quelque sorte entre les mains de l'opérateur, je le loge dans un scrotum artificiel que mes doigts creusent par décollement dans les tissus sous-cutanés de la région.

Je fixe l'organe dans cette nouvelle situation par des sutures prenant un point d'appui et sur la nouvelle vaginale et sur le tégument scrotal.

Malgré toutes ces précautions, il m'est arrivé de voir le testicule remonter vers l'anneau, tant est difficile à vaincre la tendance qui le pousse à reprendre sa place primitive. Dans un cas où je fis la cure radicale des deux côtés chez le même sujet, ce fut précisément le testicule le moins malade en apparence qui resta le mieux fixé. Celui du côté opposé remonta presque au niveau du point d'où je l'avais éloigné.

Quoi qu'il en soit, l'opération donne de bons résultats en général, car jamais le testicule ne remonte aussi haut qu'il était primitivement.

Je ne sais à quoi attribuer cette tendance du testicule abaissé et fixé, à remonter vers l'anneau, si ce n'est peut-être à la cicatrisation des extrémités divisées du trousseau fibreux dont j'ai signalé l'existence, ou peut-être à une brièveté congénitale du canal déférent dont il serait bien difficile de démontrer la réalité.

Je préfère les sutures qui ne comprennent que la vaginale à celles qui intéressent plus ou moins profondément la substance testiculaire, bien que l'expérience ait démontré qu'en général ces dernières soient inoffensives.

M. Reclus. Il y a quelque temps, chez un jeune malade de 16 ans, j'ai pratiqué, pour un testicule ectopié, la cure radicale et l'ai fait suivre de l'orchidopexie, après avoir sectionné tous les tissus résistants avec la plus grande attention, dans les limites du possible. J'ai pu, en exerçant des tractions, obtenir un abaissement notable. Malheureusement, au bout de très peu de temps, le testicule a repris sa situation première en déterminant une invagination du scrotum, auquel il était resté fixé. Le résultat obtenu fut presque nul.

Je me suis demandé depuis si ces opérations complexes avaient une utilité sérieuse. Sans critiquer positivement les tentatives de M. Richelot, en admettant même ce que d'un autre côté elles peuvent présenter d'avantageux, il faut bien reconnaître que d'une façon générale les testicules ectopiés ne valent point tous les efforts que l'on fait pour les conserver, et cela dans une situation correcte.

Fort souvent ils ne représentent que des organes sans valeur physiologique ; et eussent-ils gardé quelques qualités fonctionnelles, que les sections multiples des tissus du cordon nécessaires à leur mobilisation semblent bien peu faites pour les relever de leur déchéance organique.

Mes convictions s'appuient, du reste, sur quelques faits dans lesquels l'examen des testicules que j'avais cru devoir sacrifier, démontra que la substance séminifère avait presque totalement disparu.

M. Monod. Sans avoir aucune connaissance des observations de M. Richelot, j'ai deux fois déjà procédé d'une façon presque identique à la sienne. J'ai récemment obtenu un remarquable succès chez un jeune garçon que je compte soumettre dans quelque temps à l'examen de la Société.

Je me suis tout d'abord appliqué à détacher le testicule de façon à l'avoir pendant. Puis, après avoir reconstitué la vaginale, je le fixai au fond des bourses par des sutures prenant leur point d'appui sur la vaginale et la peau. J'étageai en outre un certain nombre de points le long du trajet inguinal, lesquels fixaient le cordon aux tissus sous-cutanés. C'est à ce complément opératoire que je suis disposé à rapporter le succès que je vous signale ; car dans un cas antécédent je n'avais obtenu qu'un résultat médiocre.

On n'est pas absolument fixé sur l'inutilité des testicules ectopiés, et dans quelques examens faits en commun avec M. Arthaud, nous avons constaté la présence en assez grand nombre de tubes séminifères d'une structure normale.

J'ajouterai, ce qu'on semble oublier, qu'il existe des cas d'ectopie testiculaire avec vaginale ferméo.

M. Gérard-Marchant. J'ai opéré, en août dernier, dans le service de mon maître, M. Berger, à Lariboisière, un jeune homme de 18 ans, atteint de *hernie congénitale, avec ectopie testiculaire* (à droite) : cette hernie était maintenue par un bandage ; mais à cause de l'ectopie testiculaire, il était mal supporté, contenait insuffisamment la hernie, et à plusieurs reprises le malade avait eu des *accidents herniaires :* il était entré à l'hôpital Lariboisière pour

des phénomènes d'étranglement, qui s'étaient cependant spontanément calmés.

Je me décidai à intervenir pour soustraire ce malade au retour de ces crises herniaires d'une part, et d'autre part pour remettre en place un testicule arrêté à l'anneau, et qui rendait impossible, ou plutôt pénible, le port d'un bandage.

Au cours de cette opération, je remarquai deux particularités intéressantes :

1° Le testicule était enfermé dans une coque fibreuse, dépendant de l'aponévrose du grand oblique : une *véritable collerette fibreuse* l'enserrait à son extrémité supérieure et le fixait aux piliers du canal inguinal : ces tractus fibreux n'étaient pas le résultat d'un processus irritatif (port du bandage), mais bien d'une disposition anatomique irrégulière, d'une sorte de malformation.

2° Le testicule était en inversion antérieure, et après libération du cordon, de toutes ses connexions fibreuses, celui-ci me parut *court, insuffisant*, ne permettant pas d'une façon complète la descente du testicule et sa fixation au fond de la poche scrotale.

Je passe sur les détails opératoires de la cure radicale du conduit vagino-péritonéal et de la suture du testicule au fond du scrotum, au moyen de fils de soie traversant l'albuginée et la paroi scrotale.

L'opéré a guéri en *onze jours*, mais déjà à cette époque le testicule remontait, et la peau scrotale formait un petit capiton ; j'ai revu le jeune homme *quatre mois* après l'intervention : l'ascension du testicule s'était encore exagérée, et la peau scrotale repliée en doigt de gant avait suivi cet organe ; on pouvait loger l'extrémité de l'index dans cette invagination cutanée.

Cet opéré a certainement bénéficié du traitement qu'il a subi, puisqu'il a un trajet herniaire oblitéré, qu'il peut porter un bandage en fourche, destiné à s'opposer à la réascension du testicule, qui est resté situé à un centimètre et demi environ de son point de fixation primitif; mais au point de vue esthétique, cette sorte d'infundibulum cutané constitue une déformation disgracieuse.

Il existe donc dans la *cure de l'ectopie testiculaire*, des dificultés dérivées des dispositions anatomiques (*brides fibreuses, brièveté du cordon*), et le fait que j'ai observé m'amènerait à penser avec M. Lucas-Championnière, qu'il s'agit dans ces cas de *malformations congénitales*.

M. Marchand. J'ai été témoin l'année dernière de l'impuissance de l'orchidopexie à maintenir l'abaissement du testicule. J'ai vu à cette époque dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine un homme de 27 ans auquel, une année auparavant, M. Routier avait

pratiqué l'abaissement et la fixation du testicule. L'opération avait été entreprise sur les instances du malade qui se plaignait de douleurs présentant la plus grande analogie avec la névralgie testiculaire.

Le testicule, qui avait été fixé au fond de la bourse gauche au moyen de deux points de suture à la soie, remonta peu à peu et reprit son ancienne situation. Les douleurs revinrent et engagèrent le malade à solliciter une nouvelle intervention. Je constatai que le testicule, mou, petit, manifestement atrophié, était situé au voisinage de l'anneau inguinal externe. Il n'existait aucune complication herniaire, car chez ce malade le canal vagino-péritonéal était oblitéré.

La peau du scrotum était remontée en même temps que le testicule, produisant cette sorte d'invagination dont il a été plusieurs fois parlé. Elle présentait la trace des deux points de suture ; l'un des trajets était même devenu fistuleux et avait toujours suppuré depuis lors.

Je pus m'assurer que le testicule se laissait assez facilement abaisser sous l'influence de tractions peu énergiques ; mais reprenait sa place aussitôt que cessaient ces dernières.

Je proposai à ce malade de le débarrasser du testicule, cause de ses souffrances, puisque l'orchidopexie avait échoué. Sur son refus, je tentai d'oblitérer la partie supérieure de la vaginale par une suture capitonnée, et de maintenir ainsi l'organe déplacé au fond de la séreuse. J'exécutai l'opération projetée : la réunion fut immédiate, mais cette fois encore le résultat fut nul. Le malade se décida un peu tardivement à suivre le conseil que je lui avais donné d'abord. Je fis la castration, et le débarrassai tout à la fois de ses accidents névralgiques et d'un testicule macroscopiquement atrophié. Je signalerai en terminant que l'adossement très soigné de la partie supérieure de la vaginale, après irritation de cette dernière par un lavage à l'eau phéniquée forte, n'avait déterminé que des adhérences insignifiantes ; quelques tractus lâches n'oblitérant que très incomplètement la séreuse.

M. Routier. Je tiens à établir que dans le cas que vient de relater M. Marchand, l'abaissement avait été particulièrement difficile.

M. Richelot. M. Championnière, malgré une section soignée et attentive des divers éléments rétractés du cordon, a vu le testicule remonter. Je pense que le résultat eût été meilleur si, au lieu de fixer simplement le testicule, il eût en même temps suturé le cordon, ainsi que M. Monod et moi-même l'avons fait.

L'opération de M. Reclus a été moins complexe que les nôtres,

puisqu'il a négligé la fixation du cordon. S'il était possible de démontrer avec certitude l'inutilité d'un testicule, je n'hésiterais pas à le sacrifier, comme il l'a fait lui-même.

Je pense qu'avec de l'attention il est toujours possible de ménager l'artère spermatique. En tout état de cause, l'organe le plus important à conserver est le canal déférent, car des expériences assez nombreuses semblent avoir démontré que la ligature de l'artère spermatique n'entraîne pas nécessairement l'atrophie du testicule.

Présentation de pièces.

M. Tuffier présente une pièce provenant d'une *grossesse extra-utérine* opérée par laparotomie.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 16 avril 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

A propos du procès-verbal.

M. Monod présente le jeune malade dont il a été question dans la séance précédente et auquel il a pratiqué l'*orchidopexie avec suture du cordon.*

Discussion.

M. Championnière. Je désire insister sur quelques-uns des faits dont il a été question dans la dernière séance. Je tiens à bien établir que ce n'est point le crémaster qui cause la brièveté du cordon et empêche le testicule de venir prendre la place qu'il doit conserver, mais bien un trousseau fibreux qui partant de l'épididyme remonte jusque dans le canal inguinal. C'est lui qu'il faut détruire, sous peine d'un échec certain. D'autre part, la descente et la fixation du testicule chez les jeunes enfants a une double utilité. Elle permet à l'organe de se développer librement et dans des conditions meilleures; elle supprime les souffrances qu'éprouvent certains sujets tant que la descente du testicule n'est pas achevée.

Il convient pourtant de réserver l'opération pour les cas où le massage est impuissant à produire le résultat cherché, ceux chez lesquels se rencontre précisément le cordon fibreux dont j'ai signalé l'existence. On a certainement exagéré l'inutilité des testicules dits atrophiques, car en dehors même de la spermatogénèse ils ont une valeur toute morale, si je puis m'exprimer ainsi, qu'apprécient singulièrement la majorité des individus. La castration ne relève donc que d'indications spéciales. Il faut toujours rechercher le canal vagino-péritonéal pendant l'opération; j'ai rencontré ce conduit séreux bien qu'il ne contînt aucun viscère déplacé.

La fixation du cordon lui-même par la suture convient, dit-on, aux cas où l'abaissement est difficile; mais comment pratiquer cette fixation, si par les sections nécessaires, comme celles que je préconise, il se trouve réduit au canal déférent et à l'artère spermatique? Cette pratique n'est donc possible que si l'opération est restée imcomplète.

Cette suture semble bien peu utile, du reste, puisque dans les insuccès, la réascension du testicule ne se fait que tardivement, c'est-à-dire à une époque où la suture aurait dû fixer définitivement les organes. Le testicule du malade qui vient de nous être présenté remonte déjà, et les causes qui déterminent son déplacement sont loin d'avoir épuisé tout leur effet.

Les récidives sont donc bien plus le fait des sections incomplètes que de l'absence de suture du cordon.

J'insiste, en terminant, sur la nécessité de rechercher avec soin la hernie ou tout au moins les dispositions organiques qui la produisent nécessairement à un moment donné.

Communication.

Résultats éloignés de deux cas d'orchidopexie.

Par M. Jalaguier.

J'ai cité ici, l'année dernière, dans la séance du 17 avril 1889, deux observations d'orchidopexie ; ces deux observations sont publiées *in extenso*, dans la thèse de M. Duchesne (19 mars 1890). Je vous demande la permission de vous donner les résultats définitifs de ces deux opérations qui datent maintenant de quatorze mois.

La cure radicale de la hernie a été faite chez les deux malades âgés l'un de 10 ans 1/2, l'autre de 14 ans 1/2. Le résultat s'est maintenu jusqu'ici. Les enfants ont, tous deux, porté bandage.

Pendant les premiers temps qui ont suivi l'opération, l'adhérence du testicule au fond des bourses a persisté; le scrotum, invaginé en doigt de gant, avait suivi le testicule remonté près de l'anneau inguinal ; au mois de juillet, l'adhérence avait totalement disparu. Le testicule, dans les deux cas, semblait avoir notablement augmenté de volume; depuis l'opération, il était à la partie supérieure des bourses, à un centimètre et demi environ au-dessous de l'orifice inguinal.

J'ai examiné hier (15 avril) mes deux opérés, et je dois avouer, que, au point de vue du développement du testicule, j'ai eu une déception : le volume du testicule lui-même est resté absolument ce qu'il était au mois de juillet 1889; il n'atteint pas la moitié du testicule du côté sain. La consistance est loin d'être normale : l'organe est dur, comme fibreux; la pression, même énergique, ne provoque rien qui ressemble à la douleur testiculaire laquelle est exquise du côté sain. L'augmentation de volume que j'avais notée en juillet 1889 ne tient pas au développement du testicule lui-même, c'est l'épididyme et la partie inférieure du cordon qui ont grossi ; je ne crois pas que le testicule lui-même ait beaucoup changé depuis l'opération ; dans tous les cas, il n'a ni le volume, ni la consistance d'un testicule normal, et je n'espère pas qu'il puisse jamais les acquérir. Et cependant, mes deux opérés étaient des enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté. L'un d'eux est même particulièrement intéressant, c'est celui qui avait 14 ans 1/2 au moment de l'opération. A cette époque, le testicule sain était un testicule d'enfant, et lorsque le testicule ectopié fut fixé au fond des bourses, il n'y avait pas grande différence entre les deux organes ; aujourd'hui, le testicule sain est presque un

testicule d'adulte, tandis que l'autre est resté petit et dur; et n'a pas, certainement, la moitié du volume de son congénère! Je ne veux pas généraliser et conclure que l'orchidopexie ne puisse jamais être suivie du développement normal du testicule ; mais je puis dire que, d'après mon expérience, cette évolution favorable peut manquer, alors même que les sujets sont opérés avant la puberté.

Je n'en considère pas moins l'orchidopexie comme une bonne opération, formellement indiquée, lorsqu'il y a coexistence d'une hernie, ou lorsque le testicule ectopié cause des accidents auxquels le port d'un bandage approprié ne peut remédier.

Quant à la fixation simple au fond des bourses, je ne crois pas qu'elle puisse suffire à maintenir l'organe dans le scrotum. Je me range donc à l'avis de M. Tuffier qui a proposé et exécuté le premier, je crois, la suture du cordon aux piliers du canal inguinal. M. Tuffier a pratiqué deux fois cette suture au mois de décembre 1889 : les deux opérations sont publiées dans la thèse de Duchesne, thèse soutenue le 19 mars dernier. Il me parait donc juste de lui attribuer la priorité pour cette modification aux procédés d'orchidopexie, employés jusqu'ici.

Communication.

Cholécystentérostomie.

Par M. Tillaux.

Le 13 janvier 1890, mon collègue, le Dr Bucquoy faisait passer dans mon service un homme atteint d'une obstruction des voies biliaires, le nommé Gabriel R..., employé de commerce, âgé de 38 ans. L'affection datait de 20 mois et avait consisté tout d'abord en une teinte ictérique sans douleur et sans altération notable de la santé générale. Depuis trois mois, de vives douleurs étaient apparues dans l'hypochondre droit, ainsi que dans la région épigastrique, et depuis une vingtaine de jours, ces douleurs avaient pris un caractère d'une acuité extrême. A son entrée, le malade présentait l'état suivant. Toute la surface du corps était d'une couleur jaune verdâtre très foncée; les urines étaient noires et les matières stercorales absolument blanches comme du plâtre. Il existait donc à coup sûr une obstruction des voies biliaires.

Dans la région de la vésicule biliaire, nous constatâmes l'existence d'une tumeur lisse régulière débordant à gauche la ligne

médiane et descendant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'était pas douteux que ce ne fût la vésicule elle-même extrêmement distendue.

Quant à la cause de l'obstruction, nous restions dans le doute Cependant, vu la marche de l'affection et l'absence complète des coliques hépatiques, nous émettions l'hypothèse probable d'une tumeur comprimant le canal cholédoque.

L'état du malade nécessitait une intervention rapide, et de concert avec mon collègue et ami M. Chaput, nous mîmes à exécution le projet suivant :

La première indication était d'ouvrir la vésicule biliaire, c'est-à-dire de pratiquer une cholécystotomie. Mais si le canal cholédoque était complètement oblitéré, cette opération n'était pas suffisante puisqu'une fistule biliaire permanente en devait être la conséquence. Il fallait donc, dans cette hypothèse, songer à rétablir le cours de la bile dans l'intestin par une voie détournée, c'est-à-dire pratiquer une cholécystentérostomie. Toutefois, cette dernière opération n'a de raison d'être elle-même que si le canal cystique est perméable, puisque sans cette condition, la bile ne pénètre pas dans la vésicule. Or, cette dernière notion nous manquait absolument.

Nous résolûmes donc, avec M. le D[r] Chaput, d'ouvrir la vésicule biliaire et d'attirer ensuite une anse d'intestin grêle, celle qui se présenterait, et de fixer cette anse à la paroi abdominale et à la vésicule elle-même.

Ce plan fut exécuté méthodiquement et sans difficulté, la vésicule découverte fut ponctionnée, attirée à travers la plaie abdominale et ensuite largement ouverte; les deux lèvres furent fixées à la paroi, le liquide qui s'écoula était grisâtre et ne rappelait que très peu la couleur de la bile. L'exploration de la cavité de la vésicule pratiquée avec le doigt ne permit de découvrir la présence d'aucun calcul, mais j'avoue qu'il me fut impossible par cette manœuvre de m'assurer de l'état des canaux cystique et cholédoque.

Nous appliquâmes un pansement approprié et le malade fut reporté dans son lit.

Le résultat de cette première manœuvre fut considérable, c'est-à-dire que le malade fut absolument débarrassé de toute espèce de douleur, ce qu'il exprimait avec une joie extrême.

Le canal cystique était-il perméable? Nous fûmes pendant 48 heures avant de pouvoir répondre à cette question, car la plaie ne donnait lieu à aucun écoulement de bile. Cela tenait sans doute à ce que la vésicule s'était remplie d'un caillot sanguin que je dus extraire avec les doigts. Enfin la bile s'écoula et les matières

fécales restant absolument blanches, il devint évident que nous serions amenés à établir une communication entre la vésicule et l'intestin soudés l'un à l'autre et dont la soudure s'était très bien maintenue.

Huit jours après notre première opération, jugeant que nos adhérences étaient suffisamment solides, nous procédâmes à l'établissement de la fistule biliaire intestinale. Pour y parvenir, nous eûmes recours au procédé usité pour couper l'éperon dans l'anus contre nature. Pour cela, il me suffit de pratiquer au bistouri sur l'intestin une ouverture suffisante pour y introduire la branche d'une pince disposée à cet effet; l'autre branche fut introduite dans la vésicule, et les deux branches rapprochées serrèrent la cloison intermédiaire et devenue en quelque sorte commune aux deux organes.

La pince tomba vers le septième jour, laissant une large communication entre la vésicule et l'intestin. A partir de ce moment, les matières fécales reprirent la couleur jaunâtre.

Notre but était donc réalisé, nous avions obtenu une cholécystentérostomie, mais il fallait procéder au troisième temps, c'est-à-dire fermer la vésicule, l'intestin et la plaie abdominale.

Nous procédâmes à ces diverses opérations le 28 janvier, je fus très gêné par le sang qui s'écoulait en grande abondance au plus léger attouchement de la plaie. Cependant, nous parvînmes au résultat d'une manière satisfaisante, mais les sutures cédèrent après 48 heures, à cause surtout de nombreuses quintes de toux déterminées par une bronchite que le malade avait contractée le jour de l'opération.

Il succomba quelques jours après en pleine cachexie cancéreuse; nous trouvâmes, en effet, à l'autopsie, un cancer du pancréas propagé au foie.

Discussion.

M. Terrier. La distension excessive de la vésicule biliaire de ma malade me démontrait suffisamment la perméabilité du canal cystique pour que je n'aie pas cru devoir m'en préoccuper, comme l'a fait M. Tillaux. C'est cette préoccupation du reste qui engagea notre collègue à exécuter son opération en deux temps.

Je suis d'avis qu'il y a tout intérêt à établir la fistule sur une région aussi élevée que possible du tube digestif; on se rapproche bien plus ainsi des conditions physiologiques normales. Bien qu'un physiologiste ait pu prétendre récemment qu'il lui semblait impossible d'établir une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum, ce fait a pu se réaliser chez ma malade.

Il convient, en outre, de faire la fistule aussi petite que possible,

pour éviter le reflux des matières intestinales, vers la vésicule biliaire, ainsi que cela a été signalé.

Dans mon observation, la deuxième portion du duodénum était accessible il est vrai, mais il m'eût été impossible do l'amener jusqu'à la plaie et de pratiquer l'adossement cysto-intestinal qu'a exécuté M. Tillaux. Je reste convaincu que, dans le fait qui m'est propre, la malade eût très mal toléré une seconde intervention. L'opération en un seul temps est moins grave et mieux supportée par les malades.

Cette malade opérée au mois de juillet dernier, vient de succomber aux progrès de l'affection organique du pancréas dont elle était atteinte.

Pendant tout ce laps de temps, elle n'a plus souffert des accidents dus à la rétention de la bile.

M. Tillaux. J'admets, comme M. Terrier, qu'il est préférable de se rapprocher autant que possible des conditions physiologiques normales, en établissant la fistule sur une partie élevée de l'intestin ; l'opération en un seul temps aurait certes toutes mes préférences. Mais j'ai dû me soumettre aux circonstances et suivre les indications spéciales ressortissant à l'état de ma malade.

Je n'érige donc point ma manière de procéder en précepte absolu et applicable à la généralité des cas.

La réplétion excessive de la vésicule ne pouvait m'éclairer sur la perméabilité du conduit cystique, car le liquide qui la remplissait était non point de la bile, mais une sorte de mucus complètement décoloré.

J'ai fait les mêmes réflexions que M. Terrier au sujet du reflux possible vers la vésicule des matières intestinales. Mais comment s'opposer, même avec un orifice de communication aussi étroit que l'on suppose, au reflux possible de matières presque absolument liquides comme le sont celles de l'intestin grêle. Du reste, la fistule que j'ai créée était relativement étroite et aurait à peine admis un tuyau de plume ordinaire.

M. Le Dentu. J'ai présenté, dans la séance du 12 mars, un calcul biliaire que j'avais extrait du canal cystique où il était enclavé. L'opération, faite sur une femme de 39 ans, avait consisté en une cholécystotomie simple avec fixation de la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Il n'y avait pas d'adhérences péritonéales. Un flot de bile vomi par la malade après l'opération, avait démontré que le canal cholédoque était libre ; une grande quantité de ce liquide s'était également échappée par la plaie et par le drain que j'y avais placé.

Les suites de l'opération furent bonnes, mais du troisième au

cinquième jour, il se produisit un spasme du canal cholédoque avec décoloration des selles et petites coliques hépatiques spasmodiques. Le bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour fit cesser ces accidents. Le drain put être enlevé, après avoir été diminué de calibre, au bout d'une douzaine de jours et la guérison complète eut lieu sans persistance d'une fistule.

Un des côtés les plus intéressants de cette question, c'est que cette malade a un rein mobile douloureux à droite et qu'il était difficile, dès l'abord, de savoir quel était le siège exact des douleurs. En réalité, elles siégeaient dans la vésicule biliaire et dans le rein. Les douleurs occupant ce dernier organe ayant persisté depuis la cholécystotomie, qui a fait cesser les douleurs hépatiques, je compte pratiquer à cette malade la néphropexie dans peu de temps.

La première opération a eu pour résultat de simplifier la situation.

Communication.

Crayon introduit dans la vessie.
Fistule vésico-vaginale avec calcul. Fistule vésico-intestinale.

Par le Dr Pamard (d'Avignon).

Le 1er février dernier, je reçois dans mon service une malheureuse fille de 34 ans, qui m'est envoyée d'une ville des environs. Elle accuse une incontinence absolue des urines, et des douleurs aiguës siégeant dans le bas-ventre. Il n'est pas difficile de lui faire avouer qu'un crayon introduit par accident dans la vessie est la cause de tout le mal. L'accident remonte à plus d'un an, 14 janvier 1889. Pendant une semaine le corps étranger a été supporté sans souffrances ; puis celles-ci se sont montrées avec une intensité variable ; l'incontinence d'urine date de plus de six mois. La diagnostic ne me paraît pas douteux, le corps étranger est devenu le noyau d'un calcul et a déterminé, comme dans un cas que j'ai communiqué à la Société, une fistule vésico-vaginale.

Le 5 février, la malade ayant été chloroformée, est placée au bord du lit. Dès que les grandes lèvres sont écartées, on aperçoit une masse ovoïde, grenue, blanchâtre, qui refoule devant elle l'hymen intact et se continue dans le vagin. C'est un calcul phosphatique enrobant l'extrémité du corps étranger.

Avec les doigts aidés d'une pince, il me fut facile, en déchirant

l'hymen, d'extraire ce calcul volumineux (plus de 6 cent. en hauteur et 4 cent. d'épaisseur) et à sa suite le crayon, qui avait une longueur dont nous fûmes stupéfaits, 14 centimètres.

A ce moment, il nous fut facile de constater l'existence d'une large fistule vésico-vaginale. La paroi était complètement détruite à gauche ; on en retrouvait à droite une portion notable. En arrière 3 à 4 centimètres de cloison étaient conservés, et le doigt introduit dans la vessie arrivait à sentir la région postérieure du trigone et l'embouchure des uretères. En avant elle avait complètement disparu.

En présence de pareils désordres, on ne pouvait songer à une restauration de la paroi vésico-vaginale, un seul moyen me parut possible, la suture ; je la proposai à la malade, qui l'accepta, et l'opération fut faite le 10 février. La malade avait été préalablement purgée, rasée, lavée au sublimé.

Les dimensions du crayon, et ce fait que, sur une longueur de 8 centimètres, sa surface ne présentait aucun dépôt calcaire, m'avaient donné à penser que cette partie s'était logée en dehors de la vessie. Je profitai, pour m'éclairer, du sommeil anesthésique. Mon doigt introduit dans la vessie trouva sur la paroi en arrière et en haut, et un peu à droite une perte de substance arrondie, dans laquelle je pus facilement engager une sonde de femme, qui ramena un liquide brun-verdâtre, d'aspect huileux, ressemblant à de la bile altérée. Un hystéromètre s'enfonça sans difficulté à 7 centimètres et demi. Le fait de la pénétration du crayon par son bout pointu dans la cavité abdominale était démontré, et nous fûmes tous conduits à penser qu'il y avait une fistule de l'intestin, en même temps que nous nous étonnions de la tolérance du péritoine pour ce corps étranger, qui n'était guère aseptique.

L'existence de la fistule ne me parut pas devoir faire reculer l'opération projetée, et j'y procédai de la façon suivante, qui m'a donné un excellent résultat l'an dernier dans un cas de fistule vésico-vaginale obstétricale irréparable.

Je fais tout autour de l'orifice vaginal une incision curviligne, concentrique à cet orifice. Je dissèque ensuite de dehors en dedans, et j'obtiens un lambeau ayant environ 8 centimètres et demi de hauteur sauf à la partie antérieure. La face muqueuse du lambeau est repoussée en arrière (c'est elle qui sera en contact avec l'urine) dans le vagin, et ses surfaces cruentées sont adossées et suturées au moyen de catgut fin.

Les surfaces avivées sont ensuite rapprochées par deux étages de sutures. Pansement iodoformé. Toutes les deux heures une pilule contenant $0^{gr},01$ extrait thébaïque ; 4 grammes de naphtol-β dans la journée. Le cathétérisme est pratiqué toutes les quatre heures.

Les premières vingt-quatre heures se passèrent sans incident; mais le lendemain dans la matinée, le thermomètre monte à 40°, la malade se plaint d'une toux fatigante, convulsive. L'auscultation révèle de nombreux râles muqueux, sifflants et ronflants, surtout à droite. Pas de douleurs au côté. Crachats à peu près nuls.

Il n'y a pas de doute : notre opérée, quoique placée dans une chambre particulière, a contracté l'épidémie qui sévit avec intensité dans notre hôpital.

Le soir, T. 40°,2. Douleurs de tête très accusées.

Le 12 février, T. le matin, 39°; le soir, 39°,7. La toux augmente; quelques crachats muco-purulents. Nausées. Le ventre reste souple et insensible.

Les vomissements apparaissent et résistent à toute médication. Les sutures cèdent et laissent couler l'urine.

L'affaiblissement augmente, et la malade succombe le 17, à 4 heures de matin.

Autopsie faite par mon interne M. Durbesson. Les sommets des deux poumons sont farcis de tubercules ulcérés sur certains points, surtout à droite. Le reste des poumons n'a pu être examiné.

Les surfaces d'avivement ne sont pas réunies : elles sont recouvertes d'une masse grisâtre. Deux fils de la suture profonde ont lâché prise.

De la région postéro-supérieure droite de la vessie part un canal à minces parois, creusé d'abord au sein de la paroi vésicale très épaissie, puis d'une bride celluleuse allant de la vessie à la surface d'une anse d'intestin grêle voisine. Là ce canal se continue sous forme d'un tunnel creusé entre la séreuse et la musculeuse. En un point de ce trajet se trouve un orifice de communication avec la cavité intestinale.

De l'intestin grêle à la face antérieure du cœcum s'étend une seconde bride celluleuse, dans laquelle le trajet fistuleux se poursuit, pour venir se terminer en cul-de-sac sur le cœcum.

Le travail de péritonite adhésive, qui a donné naissance aux deux brides canalisées formées autour du crayon, est resté rigoureusement localisé. Nulle part ailleurs, en effet, on ne trouve la moindre trace d'inflammation péritonéale, sauf quelques adhérences de peu d'importance, existant dans le cul-de-sac de Douglas.

Communication.

Accidents locaux produits par les injections hypodermiques de cocaïne.

Par le Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

On a signalé, à maintes reprises, les accidents généraux occasionnés par les injections hypodermiques de cocaïne ; nous désirons attirer l'attention de la Société sur quelques troubles locaux que nous avons observés à la suite de ces mêmes injections.

Nous employons volontiers la cocaïne comme agent anesthésique local pour les petites opérations ; cette manière d'agir supprime les aides nécessaires pour la chloroformisation, chose importante pour le praticien de campagne, et jusqu'à ce jour nous n'avions eu qu'à nous louer de suivre les préceptes donnés par M. Reclus.

Deux faits que nous avons observés récemment ont un peu modifié nos idées à ce sujet :

1° Dans le courant de février 1890, un homme de 31 ans venait nous demander de le débarrasser d'un hypospadias pénien situé à environ un travers de doigt au-dessous de la racine du gland. Étant donné l'existence d'un bruit de souffle cardiaque assez fort et le peu d'importance du traumatisme opératoire, nous ne croyons pas devoir donner du chloroforme au malade. Toutes les précautions antiseptiques étant rigoureusement prises, l'aiguille de la seringue, flambée avec soin, et la solution de cocaïne à 1/20 filtrée au moment de nous en servir, nous pratiquons de chaque côté de la région opératoire une injection de un quart de la seringue de Pravaz.

L'opération est ensuite conduite de la manière ordinaire (procédé de Duplay), et la suture faite avec des aiguilles à conjonctive et du catgut très fin. Une sonde aussi aseptique que possible est introduite dans le canal ; le pansement consiste en poudre d'iodoforme et enveloppement de gaze iodoformée recouvrant la verge et remontant au-dessus du gland ; sur la sonde, une forte couche de coton hydrophile recouvre le tout ; elle est maintenue par un vaste suspensoir. Nous ne nous sommes pas servis d'acide phénique, mais bien de sublimé a 1/1000.

Aucune fièvre les jours suivants ; mais, malgré 4 grammes de bromure absorbés le soir, le malade, à deux reprises différentes, a des érections pendant les nuits qui suivent l'opération.

Trois jours après, nous enlevons le premier pansement ; l'état des parties paraît fort satisfaisant ; il n'y a pas trace de suppuration, mais aucune réunion des surfaces avivées ; les points sur

lesquels ont porté les sutures sont friables, grenus, et s'émiettent, pour ainsi dire.

Nous avons une deuxième fois rapproché les parties à l'aide de petites épingles ; mais le malade, désespéré de voir qu'il n'était pas guéri, partit sans nous prévenir le lendemain.

2° Au commencement de mars, un jeune homme de 19 ans, solide et vigoureux, venait nous prier de le débarrasser d'un phimosis qui le gênait notablement. Nous l'opérons le 12 mars. Précautions antiseptiques de rigueur ; anesthésie obtenue en faisant quatre piqûres entre la peau et la muqueuse préputiale. Nous employons une seringue complète de la solution à 1/20. Circoncision à la manière ordinaire, sutures à la soie phéniquée, pansement avec la gaze iodoformée.

Le 14, deux jours après, nous trouvons le malade inquiet, anxieux ; température, 38°,5. Le membre, considérablement tuméfié, présente une teinte noirâtre bronzée ; on dirait une menace de phlegmon ; les ganglions inguinaux sont douloureux. Quelques mouchetures, faites avec la pointe d'un bistouri flambé, laissent échapper un ichor rougeâtre ; le lendemain, la verge est diminuée, et, le 16 au matin, nous voyons sur le dos de l'organe une plaque gangreneuse de forme rectangulaire, ayant 3 centimètres de long sur 15 millimètres de large ; chose curieuse, cette plaque est située à 2 centimètres au-dessus du point où a porté notre incision, du côté de la racinc de la verge. Inutile d'ajouter que la réunion n'a pas eu lieu.

Les choses se passèrent ensuite d'une manière normale, et le malade est aujourd'hui rétabli.

Dans ces deux cas, nous avons fait notre examen de conscience avec soin, et la cocaïne nous semble seule incriminable. Pour le premier fait, en particulier, la certitude est pour nous absolue. La cocaïne a produit dans les tissus des troubles trophiques qui ont altéré la totalité des petits lambeaux que nous avions taillés.

Dans le second cas, peut-être avons-nous involontairement fait pénétrer la pointe de l'aiguille dans une veine, et, au contact du sang, la solution de cocaïne a occasionné la formation d'un petit thrombus et la gangrène.

En tout cas, il nous a paru nécessaire de publier ces deux petits faits, qui occasionneront peut-être des communications de même nature.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 23 avril 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Horteloup, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Vander Linden, annonçant la mort du baron Michaux (de Louvain), membre correspondant ;

4° Mort de M. Champenois, membre correspondant;

5° *Etudes de chirurgie*, par M. Guermonprez (de Lille), communication à la Société anatomo-chirurgicale de Lille.

Présentation de malade.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué l'orchidopexie il y a deux ans. Le testicule était à cette époque fixé à l'anneau et douloureux.

Aujourd'hui, il est resté abaissé au point où il fut fixé ; mais il s'est produit une hernie réductible, maintenue actuellement par un bandage, et que M. Schwartz se propose de supprimer dans quelque temps, au moyen de la cure dite radicale.

Discussion.

M. Després. Lorsque le testicule retenu à l'anneau descend, il est toujours suivi par l'intestin. Il est donc indiqué de ne point provoquer cette descente. Debout avait imaginé un bandage qui, tout en abaissant le testicule, s'opposait à la production de la hernie. L'opération pratiquée par notre collègue n'avait aucune

utilité, puisque en abaissant mécaniquement le testicule de son malade, il a du même coup provoqué une hernie.

M. Schwartz. Le testicule de mon malade ne pouvait se déplacer; toute application de bandage était impossible. Celui-ci a donc tout au moins gagné que le testicule abaissé et mobile ne s'oppose plus à l'application d'un bandage. Je répète, du reste, que je me propose de guérir cette hernie.

M. Le Dentu. L'orchidopexie m'enthousiasme peu, puisqu'il est bien prouvé que jusqu'à la puberté la migration du testicule peut se compléter. Je n'irai pas aussi loin pourtant que M. Desprès dans mes critiques.

J'ai vu et suivi pendant longtemps un jeune homme chez lequel un testicule, qui semblait absolument atrophique, s'est développé, sans qu'on eût pratiqué aucune opération.

Bien que je sois peu partisan, je le répète, de l'orchidopexie chez les jeunes sujets, je ne puis admettre, d'autre part, que la descente du testicule se complique toujours de hernie.

L'ectopie testiculaire prédispose sûrement à ce genre d'infirmité: aussi convient-il de ne point faire porter à l'opération la responsabilité de cet événement.

M. Tillaux. M. Desprès exagère en jugeant très mauvaise l'opération pratiquée par M. Schwartz. Il existe presque constamment une hernie dans le cas d'ectopie testiculaire. Ces hernies dites interstitielles sont très prédisposées à s'étrangler, et leur étranglement est particulièrement grave, ainsi que je l'ai fait ressortir autrefois.

Le malade de M. Schwartz avait une hernie que l'orchidopexie a seulement rendue apparente; mais aujourd'hui cette hernie est réductible et peut être maintenue par un bandage, ce qui améliore singulièrement sa situation.

M. Desprès. Il y a un fait indéniable, c'est que le testicule étant descendu, une hernie s'est aussitôt produite. Debout avait bien vu que la hernie accompagne constamment le testicule dans sa descente, qu'elle suit en quelque sorte l'organe à mesure qu'il s'abaisse.

La fixation du testicule me semble impossible en tout cas, puisqu'on en est réduit à demander un point d'appui au scrotum luimême, région la plus flexible, la plus lâche, la moins résistante du corps. Aussi remonte-t-il constamment avec le scrotum qu'il entraîne.

M. Tillaux. Je tiens le bandage de Debout comme très inefficace; j'ai constaté maintes fois son impuissance.

M. Championnière. Je considère que le bandage est absolument insuffisant. M. Després trouve que la peau n'offre qu'un point d'appui peu solide. Je ne conteste point absolument les difficultés qu'on rencontre de ce côté. L'opération est pourtant excellente en soi, car lors même qu'elle échoue partiellement, la situation des malades n'en est pas moins très améliorée.

Rapport.

Sur un travail de M. Chibret (de Clermont-Ferrand), intitulé : *De l'oxycyanure de mercure; action chimique antiseptique, antisyphilitique. Sa supériorité sur le bichlorure de mercure.*

Rapport par M. E. Kirmisson.

M. le Dr Chibret (de Clermont-Ferrand) nous adresse une note dans laquelle il étudie les propriétés de l'oxycyanure de mercure au point de vue médical et chirurgical. L'avantage des solutions de ce sel, c'est de résister pendant très longtemps à l'influence décomposante de la lumière, à ce point que des solutions datant d'une année n'ont pas perdu notablement leurs propriétés. La stabilité de ce composé est assez grande pour que l'or, l'argent, l'acier et autres métaux chirurgicaux puissent rester indéfiniment en contact avec la solution au centième. Il en résulte, dit M. Chibret, que l'oxycyanure de mercure réalise, d'une façon simple et parfaite, la question de l'antisepsie instrumentale.

Vis-à-vis des tissus de l'organisme, ce nouvel antiseptique aurait l'avantage d'être beaucoup moins irritant que le sublimé. Une solution aux trois centièmes représenterait, pour la conjonctive humaine, une solution de sublimé au deux-millièmes. Pour l'urèthre la solution au six-centième serait l'analogue de la solution au deux-millième de bichlorure de mercure. Enfin, pour la muqueuse de Schneider, une solution à 1/2000 correspondrait à une solution de sublimé à 1/6000.

Les plaies supportent très bien le contact des solutions d'oxycyanure de mercure. M. Chibret conseille la solution à 1/1500. Il n'a jamais observé d'accidents à la suite de son emploi.

Enfin, il a utilisé l'oxycyanure de mercure en injections hypodermiques dans le traitement des affections syphilitiques. La solution à 1/100, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse, nous dit-il, est bien supportée et peu douloureuse. Elle n'a jamais donné lieu à la formation d'abcès sur un total de 1,000 in-

jections. On peut, chez l'adulte, injecter plusieurs jours de suite (de quatre à dix jours) 1 centigramme. « Il semble mieux d'espacer les injections et de les faire tous les deux ou trois jours, six à huit injections équivalant comme effet à un traitement énergique par les frictions. »

« En résumé, nous dit l'auteur, l'oxycyanure de mercure, et, à côté de lui, le cyanure de mercure, constituent des antiseptiques de premier ordre. En chirurgie générale, et certainement en chirurgie oculaire, ils sont appelés à remplacer le sublimé. La tolérance des tissus et le peu d'absorption permettent d'utiliser des solutions trois fois plus fortes que celles de sublimé, solutions équivalant à un pouvoir antiseptique trois fois plus grand. »

M. Chibret ne fait des réserves qu'au sujet des grandes plaies et des injections intra-utérines vis-à-vis desquelles il manque d'expérience.

Messieurs, mon rôle de rapporteur dans cette question est fort difficile. Il est dans le travail de M. Chibret toute une partie chimique vis-à-vis de laquelle je me déclare d'une parfaite incompétence. Quant à la partie clinique du mémoire, il eût fallu, pour vérifier les assertions de notre confrère, avoir recours à des expériences personnelles. Ne l'ayant pas fait, je ne puis émettre d'appréciation. Aussi, confiant dans la valeur scientifique de M. Chibret, je me borne à vous exposer les faits contenus dans son travail, en vous priant de lui adresser nos remerciements pour sa très intéressante communication.

Rapport.

Sur un travail du Dr Gellé (de Provins), intitulé : *Empyème avec résection d'une portion de deux côtes pour une pleurésie purulente secondaire à une fièvre typhoïde.*

Rapport par M. E. Kirmisson.

L'observation de M. Gellé a trait à un jeune homme de 20 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, présenta une pleurésie purulente du côté gauche. L'opération de l'empyème fut pratiquée dans le 7e espace intercostal et suivant la ligne axillaire. Le résultat immédiat fut des plus favorables; mais bientôt le tube qui avait été mis en place cessa de fonctionner; la fièvre reparut, l'amaigrissement fit de rapides progrès, à tel point que ce garçon dont la taille est de 1m,70 pesait, à peine 50 kilogrammes. Toutefois, le poumon droit paraissant absolument sain, M. Gellé se décida à

intervenir. L'opération eut lieu le 9 avril 1889, c'est-à-dire un peu plus d'un an après le début des accidents pleurétiques. Une incision en V fut pratiquée; elle englobait l'ancienne incision de l'empyème, et descendait jusqu'à la 8e côte. Le 7e espace intercostal fut incisé jusques et y compris la plèvre pariétale, qui était considérablement épaissie et une grande quantité de pus d'une horrible fétidité s'écoula à ce moment; à l'aide de la pince coupante un segment de la 6e côte fut réséqué sur une longueur de 7 centimètres environ. La même opération fut répétée sur la 5e côte, et le chirurgien s'apprêtait à pratiquer une résection plus étendue, lorsque la petitesse du pouls, la faiblesse extrême des mouvements respiratoires l'obligèrent à s'arrêter. On put, en explorant la plèvre, constater que la cavité suppurante présentait une grande étendue; le poumon, réduit à un moignon, occupait la partie postérieure et supérieure du thorax. Le lambeau remis en place fut suturé, après qu'on eût introduit dans la plèvre deux gros drains. Le pansement fut fait à la gaze iodoformée.

Les suites de cette intervention furent extrêmement simples, la température ne s'éleva qu'un seul jour à 38°. Les lavages pleuraux furent faits à l'aide d'eau filtrée et bouillie. La quantité de liquide qui pouvait pénétrer devint de moins en moins considérable; deux mois après l'opération, le thorax commençait à se rétracter. Au mois d'août, M. Gellé revoit son malade qui lui apprend que les tubes pleuraux étant sortis de la plaie, il a été impossible de les réintroduire, et bientôt la cicatrisation complète a été obtenue. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie. Au moment où M. Gellé rédigeait son observation (en décembre 1889), il ajoute : J'ai eu l'occasion de revoir ce jeune homme récemment ; il a repris son travail de maçon, et se trouve en aussi bon état que possible.

Telle est l'observation qui nous a été communiquée par M. Gellé. Après l'enthousiasme qu'avait suscité d'abord l'opération d'Eslander, les nombreux insuccès qui se sont produits par la suite ont quelque peu refroidi les chirurgiens à son égard, il est donc intéressant d'enregistrer les succès que fournit cette opération, lorsqu'elle est judicieusement appliquée, et convenablement exécutée. Nous sommes d'accord avec l'auteur pour reconnaître que le jeune âge de son malade (20 ans) est le principal facteur auquel il faille attribuer, dans le cas particulier, l'heureuse terminaison.

Je vous propose, Messieurs, de déposer dans nos archives le travail de M. Gellé, en lui adressant nos remerciements.

Discussion.

M. Bouilly. Il ne faut pas confondre l'opération que vient de

nous décrire M. Kirmisson avec l'Estlander vrai. Il ne s'agissait, chez le malade de M. Gellé, que d'une collection purulente pleurale qui se vidait mal; il n'y avait point encore une fistule bien constituée, aussi une large ouverture a-t-elle suffi pour amener la guérison.

M. Kirmisson. Il est dit dans l'observation que le poumon était très rétracté, la paroi thoracique affaissée. L'opération de M. Gellé a donc concouru pour sa part à compléter l'affaissement nécessaire à l'oblitération de la cavité pleurale. Je ne puis admettre qu'il existe une différence radicale entre les faits analogues à celui qui fait l'objet de mon rapport et ceux auxquels M. Bouilly a fait allusion. Je n'ai point dit du reste que l'opération typique d'Estlander fût mauvaise.

M. Peyrot. On a parfois comparé des faits d'ordre différent. L'opération d'Estlander a pour objet de mobiliser la paroi thoracique, de la transformer en une sorte de lambeau qui se puisse refouler vers le poumon rétracté. Mais on a pensé à tort qu'il n'y avait plus rien à attendre du poumon, au bout de 2 ou 3 ans. J'ai vu des malades chez lesquels, après 1 an, 2 ans même, cet organe reprenant peu à peu ses qualités d'expansion, le kyste pleural finissait par s'oblitérer. Je ne prétends pas que les choses se doivent toujours passer ainsi, je tiens à établir combien il est difficile de faire la part respective de la dilatabilité du poumon et de l'affaissement de la paroi thoracique.

M. Bouilly. J'ai eu l'occasion de donner des soins à une jeune fille de 15 ans et demi, qui avait une pleurésie purulente ouverte depuis longtemps. La cavité purulente contenait encore de 2 à 300 grammes de liquide. Une large incision évacuatrice suffit pour amener la guérison définitive en 5 ou 6 semaines. Les faits de cet ordre sont assez fréquents, et ils prouvent qu'il est indispensable de bien les séparer des véritables fistules pleurales auxquelles l'Estlander est seul applicable.

M. Kirmisson. Lorsqu'on ne peut plus rien attendre du poumon les résections costales et l'Estlander peuvent donner des guérisons malheureusement souvent incomplètes.

Je pense que, dans le cas de M. Gellé, la résection des deux côtes n'a pas été complètement étrangère au résultat obtenu.

Communication.

Contusion du crâne datant de dix mois. — Céphalalgie rebelle et grave. — Trépanation. — Amélioration rapide. — Guérison datant de neuf mois,

Par le Dr Terrillon.

M. C..., âgé de 35 ans, est officier de cuirassiers. Pendant une manœuvre, étant à cheval, son casque est violemment heurté par une branche d'arbre volumineuse et brisé en plusieurs morceaux. Le crâne, préservé par le casque, est néanmoins violemment heurté, mais il n'en résulte aucune plaie. Etourdi sur le coup, M. C... ne perd pas complètement connaissance, mais éprouve un violent mal de tête.

Cet accident était arrivé le 5 septembre 1888.

Presque immédiatement après commencèrent à se manifester des douleurs de tête, d'abord peu violentes, revenant à des intervalles irréguliers, et tendant à devenir continues.

Cet état, qui n'était pas encore grave, dura jusque vers la fin de décembre. Alors, les douleurs deviennent plus violentes, elles occupent toute la calotte crânienne, mais cependant avec une localisation plus spéciale vers la partie supérieure gauche du frontal et au-dessus de la tempe.

Ces douleurs sont continues, avec exacerbation, empêchent le sommeil une grande partie de la nuit, et bientôt mettent le malade dans un état tel que l'alimentation devient insuffisante, le repos impossible, et qu'il maigrit de près de vingt livres en quelques mois.

Cette période caractérisée presque uniquement par ces douleurs crâniennes se prolonge avec une continuité presque absolue jusqu'au 3 juillet 1889, époque à laquelle je lui proposai une opération dont je vais parler et qui donna un excellent résultat.

Pendant cette période, qui s'étend de la fin de décembre 1888 au mois de juillet 1889, le malade fut soumis à des médications les plus variées, et à l'emploi de médicaments tels que le bromure et l'iodure de potassium à hautes doses.

Un chirurgien de son régiment pratiqua même une piqûre avec une lancette allant jusqu'à l'os, au-dessous du périoste, dans le point qui semblait être le centre de la douleur, mais sans obtenir de résultat; c'était le 3 janvier 1889.

Plus tard, le 10 mars 1889, un autre chirurgien militaire fit sur le sommet du crâne une longue incision (elle avait à peu près huit centimètres d'après le dire du malade), allant jusqu'au périoste. Cette plaie suppura pendant quelques semaines. On espérait obtenir une détente dans la douleur, mais le résultat fut nul.

Lorsque je vis le malade le 1er juillet 1889, dix mois après l'accident primitif, je trouvai un homme affaibli, avec la face d'un homme qui a beaucoup souffert. Il ne présentait aucun trouble du côté du cerveau,

des yeux ou des nerfs périphériques, et il m'affirma que jamais ces troubles n'avaient existé. Il niait tout antécédent syphilitique.

Le crâne, facile à explorer, car il avait peu de cheveux, ne présentait aucune déformation appréciable, sauf la trace de la cicatrice laissée par la plaie pratiquée sur le sommet de la tête.

Le malade se plaignait d'une douleur continue occupant toute la calotte crânienne, mais avec prédominance à gauche, du côté de la partie supérieure du temporal. Cette douleur semblait au malade tenir à une constriction violente du cerveau.

En présence de la persistance et de l'aggravation de ce phénomène douleur, en l'absence d'aucun symptôme de localisation cérébrale, ou encore de localisation bien précise des phénomènes douloureux, je pensai qu'il s'agissait là d'un de ces cas dans lesquels le cerveau est ou semble comprimé dans une assez grande étendue.

L'idée d'une trépanation assez large, dans la région la plus douloureuse, suivie de la section de la dure-mère, me semblait très rationnelle en pareil cas. Enfin l'innocuité absolue de la trépanation, avec les procédés dont nous disposons actuellement, ne me laissait aucun doute sur l'opportunité de l'intervention. Je ne pouvais faire que des réserves sur le résultat. J'en parlai en ces termes au malade, homme intelligent et énergique, qui accepta sans réserve mes propositions.

Le 3 juillet 1889, après l'avoir soumis au sommeil anesthésique avec le chloroforme et aidé par les Drs Benner et Dreyfus, je fis une trépanation dans les conditions suivantes : une incision cruciale fut pratiquée dans la région la plus douloureuse; son centre était situé à 6 centimètres de l'apophyse orbitaire externe, 8 centimètres de la racine du nez, 14 centimètres du sommet de l'apophyse mastoïde.

Après avoir dénudé l'os, j'enlevai une première couronne de trépan de 3 centimètres de diamètre, et à côté de celle-ci une seconde empiétant un peu sur la première.

Je fus frappé de l'épaisseur de l'os, car les rondelles que j'ai enlevées avaient exactement 13 millimètres d'épaisseur, ce qui, je crois, est une épaisseur anormale dans cette région.

Après avoir nettoyé la plaie, je fis une incision cruciale de la dure-mère sur toute l'étendue de la partie dénudée. Celle-ci était intacte, mince et sans aucune trace d'altération. Au-dessous d'elle, la pie-mère ne présentait aucune trace de lésion. Il s'écoula un peu de liquide transparent.

Comme je n'avais pas l'intention de faire d'autres manœuvres, je refermai la plaie avec des sutures et pansai avec la gaze iodoformée.

Dès son réveil, le malade était absolument soulagé de sa douleur de tête, il n'avait plus la sensation de cette constriction pénible et douloureuse de la calotte crânienne.

Tout marcha à souhait, les sutures furent enlevées le sixième jour.

Bientôt le malade put reprendre sa vie ordinaire, l'appétit revint, il engraissa rapidement, car en juillet il ne pesait que 43 kilogrammes, en octobre il atteignait 50 kilogrammes, et actuellement, en février 1890, sept mois après son opération, il pèse 62 kilogrammes.

Quant aux phénomènes douloureux, ils ont présenté, avant de disparaître complètement, une série d'oscillations.

Ainsi, après l'opération jusqu'au 15 août, c'est-à-dire pendant près de six semaines, il n'y eut aucune douleur appréciable.

Celle-ci reparut légère, surtout le soir ou lorsque le malade avait fait un repas assez copieux, mais sans être violente, lorsque le 15 septembre il éprouva une véritable crise douloureuse qui fut soulagée par l'emploi d'une vessie de glace sur le crâne. Cette crise étant passée, le malade se rendit dans le midi, à Cannes, le 25 octobre, où il passa l'hiver.

Depuis le 25 octobre jusqu'au milieu de décembre, tout alla admirablement, lorsque, à cette époque, il éprouva pendant quelques jours une sensation spéciale, peu douloureuse et superficielle, qu'il compare à un resserrement du cuir chevelu ; mais il n'y eut aucune douleur profonde semblable à celle qu'il éprouvait auparavant.

Depuis les premiers jours de janvier, il va aussi bien que possible, seul le cuir chevelu lui semble un peu tendu, mais seulement lorsqu'il a froid à la tête.

Je l'ai revu et examiné le 1er février 1889, et tout m'a semblé tellement en ordre que je lui ai conseillé de reprendre son service dans son régiment, avec un casque spécial et léger, car il ne désirait nullement prendre sa retraite, qu'on lui offrait cependant.

Enfin des nouvelles directes reçues il y a 15 jours, le 1er avril 1890, indiquent que la guérison se maintient.

Discussion.

M. Championnière. L'interprétation des cas analogues à celui que vient de rapporter M. Terrillon est difficile, car ces accidents primitivement douloureux finissent par se compliquer de processus méningitiques.

Chez deux de mes malades, opérés dans de semblables conditions, j'ai constaté un véritable pincement de la dure-mère. Aussi n'est-il point impossible de voir survenir des phénomènes de paralysie générale, que peut enrayer une intervention hâtive. Il existe une observation bien connue de Lister très démonstrative à cet égard.

Est-il nécessaire d'inciser la dure-mère, comme l'a fait M. Terrillon? Chaque fois que la trépanation a été pratiquée pour remédier à de fortes douleurs, cette pratique a toujours produit une notable détente. J'ajouterai même que les douleurs violentes et les accidents épileptiformes constituent les indications sur lesquelles s'appuient les Kabyles pour pratiquer la trépanation. Les résultats sont souvent merveilleusement rapides.

J'ai donné des soins à un malade en proie à des crises excessivement douloureuses que la trépanation soulageait à tel point

qu'il demandait de lui-même qu'on le soumît à une nouvelle opération chaque fois que reparaissaient les accidents.

M. Routier. J'ai eu aussi l'occasion de pratiquer la trépanation pour des traumatismes anciens du crâne, plus graves à la vérité que ceux dont on vient de nous parler ; mais comme j'ai pratiqué ces opérations pour combattre des symptômes analogues à ceux que présentait le malade de M. Terrillon, et que j'ai réussi à guérir mon malade, je me permets d'en citer deux.

Le premier a été pour moi l'objet d'une communication en 1886 à la Société. M. Championnière voulut bien faire un rapport : il s'agissait d'un pauvre garçon qui avait été roulé par un train de chemin de fer et qui à la suite d'une contusion violente du crâne avait eu de la suppuration au niveau de la région pariéto-frontale gauche, où il existait quand je le vis une cicatrice déprimée.

Une large couronne de trépan fortement agrandie avec la gouge me permit de libérer la dure-mère incluse dans la cicatrice osseuse, et aussi de supprimer la compression que devait exercer à ce niveau l'exostose suite d'ostéite ; les parois du crâne mesuraient sur les trois quarts de la circonférence de cette trépanation 19 millimètres d'épaisseur. Le malade, opéré il y a quatre ans, est parfaitement guéri et n'a plus ni attaques épileptiques, ni douleurs ; il est gardien d'un poste à la gare Saint-Lazare.

Dans le second cas, j'ai aussi appliqué le trépan pour essayer de débarrasser un jeune homme de douleurs violentes et de crises épileptiformes.

C'était un garçon de 26 ans qui, huit ans auparavant, avait été victime d'un accident.

Une balle de revolver d'un moyen calibre lui avait traversé le crâne de part en part : entrée au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, elle était sortie en arrière à gauche et assez près de la protubérance occipitale externe.

Je passe sur les accidents qui avaient été formidables au début. Mais, depuis la cicatrisation des plaies, ce garçon ne peut plus rien faire; il a des douleurs continues avec exacerbation, véritables crises qui sont comme l'aura de crises épileptiques.

La perte de connaissance est souvent assez subite pour que le sujet ne puisse pas toujours choisir le lieu de sa chute.

Il porte aujourd'hui, 3 juin 1889, une large cicatrice sur le front, animée de battements isochrones au pouls, dont la tension est influencée par l'effort, dont la compression n'amène aucun trouble.

Les bords osseux qu'on sent sous la peau sont comme évasés et épaissis.

En arrière, petite cicatrice déprimée avec adhérence du cuir chevelu.

Au dire des parents, il serait sorti par là la balle et quelques esquilles.

Je pratiquai le 15 juin une trépanation à ce niveau; il existait une exostose aplatie de 4 millimètres environ de hauteur sur toute la surface antérieure de la rondelle d'os enlevée.

A cause de la proximité du sinus latéral, je l'ouvris involontairement avant d'avoir pu poursuivre l'ablation de toute cette exostose; l'abondance de l'hémorrhagie m'obligea à arrêter mon opération.

Je pus arrêter le sang avec un tamponnement iodoformé; je passai les crins de suture, que je ne nouai que le surlendemain, sans avoir eu à déplorer aucun accident.

La réunion se fit, et le malade sortait guéri de son opération le 15 juillet 1889. Mais j'étais peu satisfait du résultat; la parole était moins embarrassée, mais il avait eu plusieurs attaques épileptiformes, au début desquelles la cuisse et la jambe droite étaient portées en flexion forcée.

J'ai appris il y a trois jours avec le plus grand plaisir que depuis le retour dans son pays ce garçon n'avait plus ni douleurs de tête, ni attaques, et que sa parole s'était beaucoup améliorée.

M. Peyrot. L'ostéite peut donner l'explication de quelques cas, bien que l'observation rappelée par M. Championnière soit d'une interprétation bien plus complexe.

J'ai observé il y a quelque temps un jeune homme de 29 à 30 ans qui, cinq à six mois après un traumatisme grave du crâne, avait eu des accidents douloureux très pénibles irradiant à presque toute la tête et dont le point de départ semblait être l'apophyse mastoïde. Bientôt survinrent divers troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs; la marche s'embarrassa, puis survinrent des vertiges, et en dernier lieu une aphasie complète. On supposa qu'à la suite de lésions de l'oreille moyenne il existait probablement quelques désordres inflammatoires au centre de l'apophyse mastoïde; peut-être même de la suppuration.

Je pratiquai la trépanation de cette apophyse, dans le centre de laquelle je ne rencontrai aucune des lésions que j'avais supposé y exister. Néanmoins, à la suite de cette opération, les troubles de la parole disparurent très vite; trois semaines après, il y avait une amélioration, qui depuis a persisté, de tous les troubles nerveux que présentait le malade.

M. Kirmisson. Peut-être s'agissait-il, dans le fait de M. Peyrot,

d'un cas d'hystéro-traumatisme qui fut amélioré par la trépanation mastoïdienne, comme il l'eût été par toute autre circonstance fortuite.

M. Tillaux. L'ostéite, en grande partie, rend compte de ces faits. Il est presque impossible de savoir si la sensibilité excessive de la région mastoïdienne est due primitivement à de l'ostéite ou à de la méningite, puisque cette dernière est souvent consécutive à l'affection osseuse.

Les accidents méningitiques secondaires cèdent en général à la trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. Terrillon. Je n'ai constaté chez mon malade aucun accident qui se puisse rattacher à l'hystéro-traumatisme.

J'ai incisé la dure-mère parce que je craignais de laisser en arrière quelque lésion qui m'échappât.

Communication.

Statistique des principales opérations pratiquées dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis, par lui-même ou par ses suppléants, du 1er *janvier* 1888 *au* 31 *mars* 1890,

Par M. Le Dentu.

J'ai publié à la fin de novembre 1889, dans la *Gazette des hôpitaux*, la statistique des principales opérations pratiquées dans mon service, pendant le cours de l'année 1888, par moi-même ou par mes suppléants. Au moment de quitter l'hôpital Saint-Louis, dont j'étais un des chirurgiens depuis le 1er janvier 1879, je crois utile de fusionner cette statistique d'une année avec celle de 1889, et d'ajouter à cet ensemble les opérations du premier trimestre de 1890.

J'ai eu soin d'éliminer toutes les petites opérations qui ne comportent pas de risques sérieux, et dont un grand nombre ont été pratiquées sur des malades du dehors, ne figurant pas sur les registres de l'hôpital. On ne trouvera donc dans mes tableaux ni les ongles incarnés, ni les hydrocèles traitées par les injections de teinture d'iode, ni les petits kystes synoviaux opérés par discision ou injectés au chlorure de zinc dilué, ni les grenouillettes soignées de la même façon, ni les amygdalotomies, ni les phimosis, ni les loupes enlevées au bistouri, ni les tumeurs fon-

gueuses détruites par l'ignipuncture, ni les injections d'éther iodoformé dans les abcès tuberculeux sous-cutanés, ganglionnaires ou ossifluents, ni les curages de petits foyers de même nature et de même siège.

Dans aucun de ces cas il ne s'est produit d'accidents quelconques d'origine opératoire, et si un certain nombre de ces collections d'origine tuberculeuse ou de ces foyers fongueux n'ont pas été complètement guéris par l'intervention, la faute en a été à la nature des lésions qui en avaient déterminé la formation.

J'ajouterai que les ouvertures d'abcès par congestion et les curages de grands abcès tuberculeux n'ont jamais été suivis d'accidents immédiats, imputables à l'intervention, sauf dans un cas où la mort est survenue vingt-quatre heures après l'incision et le drainage d'un grand abcès de la région lombo-fessière, sans que j'aie pu me rendre compte des causes de ce dénouement imprévu, l'autopsie n'ayant malheureusement pu être faite.

Deux autres malades ont succombé, l'un au bout de cinq semaines, l'autre après trois mois, aux progrès de la cachexie tuberculeuse (coxalgie suppurée et carie de l'os iliaque), malgré l'incision et le drainage de leur collection purulente. Ils ne peuvent figurer au passif de ma statistique.

L'incision et le drainage des adénites aiguës de toute nature, des abcès lymphangitiques, des adéno-phlegmons, ont été toujours suivis de succès ; j'en dirai autant pour les rares phlegmons diffus et pour les anthrax que j'ai eu à soigner, et je ferai remarquer à cette occasion que mes salles ont toujours été ouvertes aux malades suppurants, voire même à quelques ulcères, si nombreux parmi la clientèle de l'hôpital Saint-Louis. Mes résultats généraux s'en sont-ils ressentis ? Rien n'autorise à le penser.

Je ne ferai pas non plus figurer dans mes relevés les opérations non sanglantes, telles que : redressements de cals vicieux, d'articulations fléchies (coxalgies, tumeurs blanches), réductions difficiles de luxations récentes ou anciennes, ayant nécessité l'emploi du chloroforme. Aucun accident n'a suivi les manœuvres nécessaires dans ces cas divers. Enfin l'application des griffes de Malgaigne ou de Duplay sur les malades atteints de fracture de la rotule m'a donné de bons résultats et n'a entraîné aucun inconvénient. Elle a été très bien tolérée.

Toutes les fractures compliquées ont guéri sans accident et le plus souvent de la manière la plus simple.

Après ces diverses éliminations, les relevés qui suivent comprennent 472 opérations. Sur cet ensemble, il n'y a que 19 morts,

20 au plus. Je ne chercherai pas à établir quelle proportion ce chiffre représente, ni relativement aux 472 *opérations principales* consignées dans mes tableaux, ni par rapport au mouvement général du service, puisque les petites opérations courantes, qui porteraient certainement mon total à plus de 600, ont été éliminées. D'ailleurs, c'est fausser les résultats, en matière de statistique, que de faire figurer une simple incision à côté de la résection totale du maxillaire inférieur, par exemple, ou d'une hystérectomie vaginale. La proportion des morts par groupes d'opération est seule instructive, et encore ne faut-il pas que le hasard fasse passer sous la main d'un chirurgien, en un temps donné, une série de mauvais cas sur lesquels forcément un certain nombre tournent mal.

C'est sur le groupe des tumeurs malignes que pèse la plus forte mortalité. Dans cette catégorie, qui compte 67 opérations, j'ai enregistré 9 morts ; mais, dans tous ces cas, il s'agissait de tumeurs volumineuses du cou, du maxillaire inférieur, de la langue et du plancher de la bouche. Plusieurs des sujets avaient dépassé 60 ans. A moins de renoncer entièrement à cette sorte de chirurgie, il faut bien se résoudre à encourir de temps à autre les risques d'un insuccès, lorsqu'on ne se trouve pas en présence de contre-indications formelles.

Parmi les 10 autres morts, j'en relève une dans le groupe des grandes amputations, qui sont au nombre de 24 ; 4 dans le groupe des opérations sur l'appareil de la digestion (2 gastrostomies pour cancer de l'œsophage, 2 hernies étranglées).

Les quatre autres morts sont survenues sur des sujets atteints d'affections de l'appareil urinaire (un énorme abcès périnéphrétique compliqué de pyonéphrose, une néphrectomie, une lithotritie, une uréthrotomie externe).

Dans le groupe des affections de l'appareil génital de la femme, il n'y a qu'une mort. La malade, atteinte de cancer utérin, a été opérée par un de mes suppléants. L'hystérectomie vaginale n'ayant pu être terminée, une péritonite septique a été la conséquence de l'intervention.

Je tiens à mettre en relief ce fait que toutes les laparotomies proprement dites ont été suivies de succès, sauf les deux cas de gastrostomie déjà mentionnés, où la mort a été causée par un affaiblissement graduel, sans que le péritoine présentât les moindres traces d'inflammation septique. Toutes ces opérations, après avoir été extraites des groupes auxquels elles appartiennent naturellement, seront rappelées dans un tableau final où figureront également les cures radicales de hernies.

I. — *Amputations et désarticulations.*

GRANDES AMPUTATIONS. — MEMBRES SUPÉRIEURS :

1 désarticulation de l'épaule pour gangrène foudroyante. Guérison, sauf que la surface glénoïdienne ne se cicatrise pas. Le foyer d'une fracture simple de cuisse, qu'avait ce malade, suppure à la longue. Malgré le drainage et la désinfection du vaste abcès qui s'y forme, la mort a lieu *trois mois* après la désarticulation, évidemment par continuation de l'infection primitive, par suite d'accidents indépendants de l'opération.

2 amputations du bras (sous-deltoïdienne, traumatique; au-dessus du coude, arthrite fongueuse du coude); 2 guérisons.

2 amputations de l'avant-bras à la partie moyenne (arthrite fongueuse du poignet; résection du poignet suivi d'insuccès); 2 guérisons.

1 amputation de l'avant-bras au tiers inférieur (rétraction et atrophie de la main droite suite de lupus); 1 guérison.

1 amputation traumatique des quatre derniers métacarpiens; 1 guérison.

—

7 cas, sur lesquels 6 guérisons et 1 mort tardive non imputable à l'intervention.

MEMBRES INFÉRIEURS :

1 désarticulation de la hanche (arthrite tuberculeuse du genou et raréfication de la moelle diaphysaire jusqu'en haut); 1 guérison.

1 amputation sous-trochantérienne du fémur pour vaste plaie de l'articulation du genou, mal pansée, et commencement de lymphangite infectieuse. Mort de suite après l'opération par choc. La perte de sang survenue au moment de l'accident doit être surtout incriminée, ainsi que l'infection septique; 1 mort.

2 amputations de la cuisse à la partie moyenne (sarcome télangiectasique du tibia avec lymphangite infectieuse commençante; gangrène athéromateuse de la jambe); 2 guérisons.

2 amputations de la cuisse à la partie moyenne pour arthrite tuberculeuse ancienne du genou. Dans l'un des cas, pas de suture; dans l'autre, sutures, mais le fémur s'étant brisé de lui-même au moment de la section avec la scie, il s'est formé deux fistules qui se tariront sans doute après élimination d'un séquestre; 2 guérisons.

2 amputations de la cuisse au tiers inférieur (une pour arthrite tuberculeuse, l'autre traumatique); 2 guérisons.

1 désarticulation du genou (procédé de Gritti) pour traumatisme; 1 guérison.
1 amputation de la jambe au tiers supérieur (pathologique); 1 guérison.
7 amputations de la jambe à la partie inférieure (une traumatique, les autres pathologiques); 7 guérisons.
24 grandes amputations ou désarticulations, sur lesquelles il y a eu 2 morts, dont l'une nullement imputable à l'intervention.

PETITES AMPUTATIONS

1 amputation du quatrième métacarpien dans la continuité avec le doigt; 1 guérison.
3 désarticulations du premier métatarsien avec le gros orteil; 3 guérisons.
1 désarticulation du cinquième métatarsien avec le petit orteil; 1 guérison.
9 amputations ou désarticulations des doigts de la main ou du pied; 9 guérisons.
1 désarticulation de pouce surnuméraire: 1 guérison.
15 cas; 15 guérisons.

II. — *Affections des os.*

3 larges et profonds évidements du tibia pour ostéomyélite ancienne; 3 guérisons.
1 résection de l'extrémité interne de la clavicule (tuberculose); 1 guérison.
1 résection partielle du sternum et des côtes voisines; en voie de guérison.
1 résection étendue des 7e et 8e côtes pour la recherche d'un drain dans la cavité pleurale. Plèvre calcifiée; résultat incomplet.
1 résection partielle des 8e, 9e et 10e côtes pour le curage d'un vaste abcès tuberculeux simulant l'empyème; 1 guérison.
1 résection d'une côte et de cartilages costaux voisins. Excision d'un abcès tuberculeux; 1 guérison.
1 extirpation totale du calcanéum pour tuberculose (amputation ultérieure de la jambe); résultat incomplet.
2 ostéotomies du fémur (genu valgum); 2 guérisons.
1 ostéotomie des os de la jambe pour cal vicieux (suppuration, amputation ultérieure); mauvais résultat.
1 régularisation et nivellement d'un cal de fracture du fémur; 1 guérison.

1 ostéotomie cunéiforme du fémur, sous-trochantérienne, pour ankylose angulaire, suite de coxalgie; 1 guérison.

La malade, atteinte de manie traumatique temporaire, a dû être transférée à Sainte-Anne après sa guérison, qui a été rapide; mais le résultat fonctionnel a été compromis par cette circonstance.

2 ostéotomies cunéiformes des os de la jambe, dont l'une très étendue, pour cals vicieux; 2 guérisons.

1 extraction de séquestres du maxillaire supérieur; 1 guérison.

4 extractions de séquestres du maxillaire inférieur (périostite, nécrose phosphorée, syphilis congénitale); 4 guérisons.

1 extraction de séquestres de l'ischion. Curage et drainage des grands décollements de la fesse et de la cuisse; en voie de guérison.

2 extractions de séquestres du tibia (traumatisme et ostéomyélite); 2 guérisons.

2 résections de la paroi antérieure du sinus maxillaire (périostite dentaire); 2 guérisons.

3 opérations de Rouge (extractions de séquestres et curage des fosses nasales); 3 guérisons.

2 incisions et curages d'abcès mastoïdiens (périostite); 2 guérisons.

2 trépanations de l'apophyse mastoïde; 2 guérisons.

1 trépanation du grand trochanter (ostéite tuberculeuse non suppurée; 1 guérison, mais résultat incomplet).

1 trépanation de l'extrémité supérieure du tibia (ostéomyélite aiguë); 1 guérison.

1 évidement superficiel du fémur (tuberculose); 1 guérison.

2 évidements superficiels du tibia (extrémité supérieure). Curage de fongosités; 2 guérisons.

3 évidements partiels du calcanéum (tuberculose); 1 guérison, 2 résultats incomplets.

2 évidements profonds du tibia pour tuberculose (extrémité supérieure); 2 guérisons.

3 évidements profonds du fémur (extrémité inférieure) pour ostéomyélite ancienne; 3 guérisons.

46 opérations; pas de mort.

III. — *Opérations sur les articulations.*

1 lavage du genou à la solution phéniquée forte (hydarthrose); 1 guérison.

2 ponctions du genou (fracture de la rotule); 2 guérisons.

1 arthrotomie du genou pour arthrite suppurée (ostéo-arthrite

infectieuse). Rétablissement complet des mouvements; 1 guérison.

1 résection de l'extrémité supérieure du radius, dans un cas de luxation de cet os, compliqué de fracture du cubitus et d'anévrysme faux primitif de l'humérale; 1 guérison.

1 résection du poignet (tout le carpe et extrémités des deux os de l'avant-bras). Amputation ultérieure de l'avant-bras; 1 insuccès.

1 résection orthopédique du genou pour ankylose ancienne à angle droit. Trois pansements; 1 guérison.

4 résections du genou pour tuberculose osseuse. Très bon résultat dans deux cas. Le troisième malade est sorti portant deux fistules; le quatrième, qui avait avant l'opération des décollements périarticulaires, a eu besoin de débridements et de curages superficiels que j'ai faits tout récemment. Les surfaces osseuses sont parfaitement réunies; 4 guérisons, dont 2 avec fistules.

3 résections d'articulations des doigts; 3 guérisons.

14 opérations : pas de morts.

IV. — *Tumeurs malignes.*

20 épithéliomas de la face (front, région pariétale, sac lacrymal, tempes, oreilles, nez et cloison des fosses nasales, joues, lèvres); 20 guérisons.

1 corne, à base épithéliomateuse, de la région pariétale; 1 guérison.

1 épithélioma de la face interne de la joue. Opération préliminaire de Jæger; 1 guérison.

1 myxosarcome de la muqueuse palatine; 1 guérison.

2 épithéliomas de la muqueuse palatine et du voile du palais; 2 guérisons.

2 épithéliomas des fosses nasales, ayant nécessité la résection de la branche montante du maxillaire supérieur, de l'os nasal, du cornet inférieur et de la paroi interne du sinus maxillaire; 2 guérisons.

1 volumineux sarcome des fosses nasales. Résection d'une partie du maxillaire supérieur, de la paroi interne de l'orbite, de l'ethmoïde et d'une partie de la cloison; 1 guérison.

1 épithélioma du maxillaire supérieur gauche et de l'os malaire. Résection totale de l'un et de l'autre; 1 guérison.

1 épithélioma du maxillaire inférieur (récidive d'un épithélioma labial). Masses ganglionnaires contiguës. Résection du corps maxillaire, extirpation des ganglions); mort.

5 épithéliomas ayant envahi plus du tiers de la langue, dont trois avec propagation aux ganglions, au plancher de la bouche et à la glande sous-maxillaire ; 4 guérisons, 1 mort.
1 volumineux adénome de la langue et du plancher de la bouche (femme de 71 ans); 1 mort.
1 épithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur. Résection partielle de ce dernier. Trachéotomie préliminaire; 1 mort.
2 épithéliomas superficiels du cou (un des opérés a dû être transféré à Sainte-Anne au 17e jour pour manie); 2 guérisons.
3 volumineuses tumeurs malignes des ganglions cervicaux, dont 2 avec prolongement pharyngien ; 2 morts, 1 guérison incomplète.
1 épithélioma kystique du dos ; 1 guérison.
1 sarcome ganglionnaire de l'aine; 1 guérison.
1 épithélioma de l'avant-bras ; 1 guérison.
16 amputations totales du sein avec curage de l'aisselle; 15 guérisons, 1 mort.
1 cancer de l'épiploon dans un sac herniaire, chez un malade opéré deux ans auparavant d'un cancer des fosses nasales; opération incomplète.
1 épithélioma de l'anus, du rectum et du vagin ; 1 mort.
1 volumineux sarcome du testicule droit. Castration ; 1 guérison.
1 épithélioma de la vulve et de la région pubienne ; 1 guérison.
1 épithélioma récidivé du vagin. Extirpation partielle; opération incomplète.
1 épithélioma du col de l'utérus. Amputation sus-vaginale ; 1 guérison.

67 opérations, sur lesquelles il y a eu 55 guérisons, 3 résultats incomplets, 9 morts.

Les causes de mort ont été les suivantes :

Pour la résection du maxillaire inférieur : le collapsus. L'opéré a succombé en moins de trente-six heures.

Pour les épithéliomas de la langue, du plancher de la bouche, avec dégénérescence ganglionnaire : une fois des hémorrhagies secondaires, les autres fois la bronchite septique, en dépit du tamponnement à l'iodoforme, de l'alimentation par la sonde nasale et de la trachéotomie préliminaire (un cas). Les opérés avaient de 48 à 58 ans.

Pour les cas de cancer ganglionnaire du cou : une fois des hémorrhagies secondaires, une fois le collapsus. L'opéré avait 66 ans.

Pour le cancer du sein : des accidents pulmonaires (l'opération a été faite pendant les vacances par un de mes internes).

Pour le cancer recto-vaginal : un abcès développé très haut dans le petit bassin et sans communication avec la plaie. L'opérée avait 62 ans.

V. — *Tumeurs diverses.*

1 kyste dermoïde de la queue du sourcil et de l'orbite. Ablation totale ; 1 guérison.
1 lipome de la région sus-hyoïdienne ; 1 guérison.
2 enchondromes de la parotide. Extirpation totale de la glande dans un cas ; 2 guérisons.
1 volumineux enchondrome des ganglions sus-claviculaires adhérant profondément aux gros vaisseaux ; 1 guérison.
1 fibrome du pied ; 1 guérison.
6 adéno-fibromes du sein. Amputation partielle de la glande ; 6 guérisons.
1 fibrome tubéreux du nez (rhinophyma). Abrasion ; 1 guérison.
1 fibrome kystique du dos ; 1 guérison.
2 fibro-sarcomes à myéloplaxes développés dans les tendons d'Achille chez le même sujet ; 2 guérisons.
1 tumeur multilobée du même genre développée chez le même sujet, dans la région parotidienne ; 1 guérison.
2 tumeurs érectiles traitées par l'électrolyse, l'une à la paupière supérieure, l'autre à la joue et aux lèvres ; résultat incomplet.
1 petit kyste synovial tendineux du poignet. Extirpation ; 1 guérison.
1 grand kyste synovial tendineux du poignet (gaine des fléchisseurs). Incision et drainage ; 1 guérison.
4 hygromas des bourses séreuses de la patte d'oie olécrânienne très prolongée par en bas, prérotulienne. Extirpation ; 4 guérisons.
1 kyste du creux poplité. Extirpation ; 1 guérison.
1 kyste du cordon. Extirpation ; 1 guérison.
1 kyste tuberculeux du dos du poignet. Extirpation ; 1 guérison.
2 ablations de fongosités des gaines du dos du poignet ; 2 guérisons.
5 ablations de ganglions tuberculeux multiples des régions cervicales, axillaires et inguinales ; 5 guérisons.
1 abrasion de larges plaques tuberculeuses cutanées de la jambe, avec curage des ganglions de l'aine ; en voie de guérison.
1 abrasion et curettage de vastes végétations de la vulve et du vagin ; 1 guérison.

3 extirpations de la glande vulvo-vaginale (fibrome, kystes); 3 guérisons.

40 opérations, toutes suivies de guérison, sauf un cas trop récent pour que le résultat puisse être donné comme définitif. Deux résultats incomplets.

VI. — *Autoplasties.*

1 blépharorrhaphie pour ectropion bipalpébral; 1 guérison.
3 blépharoplasties, dont 2 avec blépharorrhaphie; 3 guérisons.
3 autoplasties nasales; 3 guérisons.
1 chéiloplastie pour atrésie de l'orifice buccal; 1 guérison.
1 uranoplastie pour perforation accidentelle du palais; 1 guérison.
1 urano-staphylorrhaphie pour division congénitale; 1 guérison.
2 staphylorrhaphies; 2 guérisons.
1 restauration du fourreau de la verge sectionné par une ficelle; 1 guérison.
1 vaste autoplastie avec lambeau cervico-dorsal pour brides cicatricielles anciennes résultant de brûlures; 1 guérison.

14 opérations, toutes suivies de guérison.

VII. — *Extractions de projectiles.*

1 balle logée dans l'épaisseur de la paroi du thorax; 1 guérison.
1 balle logée dans l'index; 1 guérison.

2 opérations, suivies de guérison.

VII. — *Opérations sur les muscles, les tendons et les nerfs.*

1 myotomie de plusieurs muscles de la cuisse (ancienne coxalgie); 1 guérison.
1 ténotomie des deux extenseurs propres du gros orteil; 1 guérison.
1 ténotomie en trois points des fléchisseurs du petit doigt et sections sous-cutanées des adhérences dermo-synoviales (rétraction de l'aponévrose palmaire). Très bon résultat; 1 guérison.
2 cas de suture de tendons au poignet (fléchisseurs des doigts, grand palmaire); 2 guérisons.
1 suture du nerf médian; 1 guérison.

6 opérations, suivies de guérison.

IX. — *Opérations sur l'appareil respiratoire.*

1 trachéotomie préventive dans un cas de grande plaie du cou; 1 guérison.

3 trachéotomies pour cancer du larynx et accidents spécifiques; 3 guérisons.

1 ablation totale du larynx pour cancer. Bon résultat opératoire, en ce sens que le malade a très bien supporté l'opération et ses suites immédiates; mais une récidive rapide l'a emporté au bout de quatre mois ; 1 guérison.

1 opération d'Estlander palliative (résection partielle de cinq côtes); 1 guérison.

1 thoracentèse; 1 guérison.

7 opérations, suivies de guérison.

X. — *Opérations sur l'appareil de la digestion.*

2 kystes hydatiques du foie traités par l'incision et le drainage (adhérences molles à la paroi abdominale); 2 guérisons. L'une des opérations a été faite il y a deux mois. Il ne reste plus que le trajet du drain.

1 cholécystotomie pour extraction d'un calcul obturant le canal cystique. Pas de fistule biliaire; 1 guérison.

2 gastrostomies pour cancer de l'œsophage. L'un des malades était déjà cachectique, l'autre semblait offrir encore une résistance suffisante. Tous deux cependant sont morts dans le collapsus, au bout de cinq ou six jours; 2 morts.

1 laparotomie exploratrice (cancer inopérable du côlon); 1 guérison.

2 hernies ombilicales étranglées; kélotomie. L'une des malades n'est arrivée à l'hôpital qu'au sixième jour; 1 mort, 1 guérison.

5 hernies inguinales étranglées, dont une congénitale. Kélotomie avec cure radicale. Celui des opérés qui a succombé avait des petits reins rétractés. Il en est résulté, dès le surlendemain de l'opération, du sphacèle du fourreau de la verge, des téguments de l'abdomen et des lèvres de la plaie, absolument inexplicable en dehors des lésions rénales; 4 guérisons, 1 mort.

3 hernies crurales étranglées. Kélotomie; 3 guérisons.

2 — — Etablissement d'un anus contre nature. Guérison ultérieure de la fistule stercorale par des cautérisations ignées ; 2 guérisons.

20 cures radicales de hernies inguinales, dont deux congénitales; 20 guérisons.

1 cure radicale de hernie crurale; 1 guérison.
5 dilatations anales pour fissures ou hémorrhoïdes; 5 guérisons.
1 dilatation d'un rétrécissement rectal à 15 centimètres; 1 guérison.
5 cautérisations et destructions ignées d'hémorrhoïdes; 5 guérisons.
16 fistules à l'anus opérées au bistouri ou au thermocautère; 15 guérisons, 1 résultat incomplet.
1 anus artificiel iliaque pour lésions syphilitiques graves du rectum et de l'anus; 1 guérison.
1 fermeture de cet anus artificiel. Entérorrhagie de l'S iliaque; 1 guérison.
1 extraction par la bouche d'une pièce dentaire arrêtée dans l'œsophage; 1 guérison.
1 extraction par la laparotomie d'une fourchette tombée dans la cavité péritonéale, après perforation de l'estomac; 1 guérison

69 opérations : 64 guérisons, 1 résultat incomplet, 4 morts.

XI. — *Opérations sur l'appareil urinaire.*

1 incision et drainage d'un vaste abcès périnéphrétique. Suppuration rénale concomitante; 1 mort.
1 néphropexie (néphrorrhaphie) par le procédé Guyon-Tuffier (excision partielle de la capsule propre du rein). Suppuration limitée; 1 guérison.
2 néphrolithotomies, dont l'une sur un rein non suppuré et l'autre sur un rein fistuleux. Persistance de la fistule dans le second cas; 2 guérisons.
1 ponction d'un kyste hydatique du rein et injection de liqueur de Van Swieten; résultat nul.
1 incision et drainage du même kyste hydatique; 1 guérison.
1 néphrectomie pour fistule rénale. Adhérences étendues et fermes. Mort par collapsus. Aucune autre cause relevée par l'autopsie; 1 mort.
1 greffe de l'uretère à la paroi abdominale pour anurie absolue par compression des deux uretères. Succès opératoire, mais mort au bout de treize jours par continuation de la cachexie cancéreuse. La fistule de l'uretère fonctionnait très bien; 1 mort.
5 lithotrities en une séance. L'un des malades a eu des accidents inflammatoires péricystiques et a succombé. Ses reins étaient sans doute malades, mais l'autopsie n'a pu être faite; 4 guérisons, 1 mort.
1 extraction de calcul de la vessie d'une femme après dilatation de l'urèthre; 1 guérison.

1 taille périnéale médiane avec curettage du col pour cystite chronique du col de nature douteuse; résultat incomplet.

3 tailles hypogastriques pour cystite tuberculeuse. Une fistule a été maintenue à dessein dans la région sus-pubienne; 3 guérisons.

1 établissement d'une fistule dans la région sus-pubienne chez un malade, ayant jadis subi la taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse; 1 guérison.

1 taille vésico-vaginale palliative pour cancer de la vessie; succès opératoire, mais la maladie primitive à suivi son cours normal; 1 résultat incomplet.

1 curage du lobe gauche d'une prostate tuberculeuse; 1 guérison.

3 larges débridements et drainage du périnée et des bourses pour infiltration d'urine (dont un cas traumatique); 3 guérisons.

3 incisions et curages d'abcès urineux. Deux guérisons avec persistance d'une fistule; 3 guérisons.

2 cautérisations galvano-caustiques de fistules urinaires; 2 insuccès.

1 débridement large, avec curage, d'une fistule urinaire; 1 guérison.

2 excisions larges de fistules urinaires, avec suture complète dans un cas, incomplète dans l'autre; 2 guérisons.

3 autoplasties de fistules péniennes, dont l'une à la limite du gland; 3 guérisons.

1 extirpation de polype de l'urèthre (femme); 1 guérison.

1 autoplastie préputiale pour adhérences au gland avec atrésie du méat; 1 guérison.

6 dilatations forcées de l'urèthre et du col vésical chez des femmes; chez l'une d'elles, âgée, incontinence d'urine consécutive; 6 guérisons.

5 divulsions de l'urèthre chez l'homme; 5 guérisons.

1 dilatation rapide progressive; 1 guérison.

1 uréthrotomie externe sans conducteur avec suture du périnée; 1 guérison.

5 uréthrotomies externes sans conducteur; 4 guérisons, 1 mort.
uréthrotomies internes; 12 guérisons.

9 rétrécissements traités par l'électrolyse en une ou plusieurs séances. Dans un cas seulement il s'est produit une poussée de périuréthrite sans suppuration; le galvanomètre donnait de fausses indications; 9 guérisons.

—
76 opérations : 67 guérisons, 4 résultats incomplets, 5 morts. La mort ne peut guère être attribuée à l'opération dans le cas de greffe de l'uretère.

XII. — *Opérations sur l'appareil genital de l'homme.*

12 opérations de varicocèle : 3 par excision simple du scrotum, 5 par ligature et excision des veines dans l'aine, 4 par excision combinée des veines et du scrotum : 12 guérisons.
13 cures radicales d'hydrocèle sur 11 sujets (2 doubles); 13 guérisons.
6 décortications ou excisions de tuniques vaginales pour vaginalites chroniques exsudatives; 6 guérisons.
3 castrations pour syphilis et tuberculose; 3 guérisons.
1 abrasion de fongus simple de la tunique vaginale consécutif à une gangrène des bourses; 1 guérison.

35 opérations, toutes suivies de guérison.

XIII. — *Opérations sur l'appareil génital de la femme.*

1 périnéorrhaphie; 1 guérison.
1 colpopérinéorrhaphie; 1 guérison.
3 colporrhaphies antérieures; 3 guérisons.
3 extirpations de polypes utérins, dont l'un volumineux; 3 guérisons.
2 amputations conoïdes du col utérin (allongement hypertrophique, métrite); suture; 2 guérisons.
3 opérations d'Alexander; 3 guérisons.
3 incisions et drainages par le vagin de collections purulentes rétro-utérines; 3 guérisons.
9 curettages utérins pour métrite; 9 guérisons.
3 laparotomies exploratrices, masses fibromateuses ou sarcomateuses non opérables (cancer concomitant du foie dans un cas); 3 guérisons.
1 laparotomie pour drainage d'un abcès rétro-utérin non adhérent à la paroi abdominale; 1 guérison.
1 ablation de fibrome développé dans une cicatrice d'ovariotomie (laparotomie limitée); 1 guérison.
1 hystéropexie; 1 guérison.
1 myomectomie avec suture et réduction de l'utérus; 1 guérison.
2 opérations de Battey; 2 guérisons.
8 extirpations des annexes de l'utérus; 8 guérisons.
11 ovariotomies, dont 7 doubles, pour tumeurs fibro-cystiques de l'ovaire, tumeurs dermoïdes, kystes simples, kystes et tumeurs colloïdes volumineuses; 11 guérisons.
5 hystérectomies vaginales, dont une incomplète (vacances de 1888); 4 guérisons, 1 mort.

58 opérations, dont une seule, restée incomplète, suivie de mort.

XIV. — *Relevé des opérations abdominales comportant l'ouverture plus ou moins large du péritoine, dispersées dans les groupes précédents.*

2 kystes hydatiques du foie traités par l'incision (adhérences molles à la paroi abdominale). Le second de ces cas est en voie de guérison. L'opération date de plus de deux mois, et il n'y a plus qu'un trajet de quelques centimètres; 2 guérisons.
1 cholécystotomie pour extraction d'un calcul enclavé dans le canal cystique. Fixation de la vésicule à la paroi abdominale. Guérison sans fistule biliaire.
2 gastrostomies pour cancer de l'œsophage. Malades opérés dès que je les ai eus sous la main, mais âgés, déjà très affaiblis (l'un d'eux surtout); 2 morts.
21 cures radicales de hernies : 20 inguinales, dont 2 congénitales, 1 crurale; 21 guérisons.
1 anus iliaque pour lésions syphilitiques du rectum; 1 guérison.
1 suppression de cet anus iliaque avec entérorrhaphie et réduction du gros intestin; 1 guérison.
1 ablation de fibrome développé dans une cicatrice d'ovariotomie. Excision d'une partie étendue de la cicatrice, péritoine inclusivement; 1 guérison.
1 extraction d'une cuiller en bois tombée dans la cavité péritonéale après perforation de l'estomac. Gastrotomie et gastrorrhaphie; 1 guérison.
1 laparotomie pour drainage d'un abcès rétro-utérin non adhérent à la paroi abdominale, et ouvert dans le rectum; 1 guérison.
4 laparotomies exploratrices pour : cancer du côlon transverse, cancer du foie et masses cancéreuses sous-péritonales, sarcome végétant de l'utérus, fibromes sous-péritonéaux multiples et largement sessiles; 4 guérisons.
1 hystéropexie pour rétroversion; 1 guérison.
1 myomectomie (énucléation suivie de suture); 1 guérison.
2 opérations de Battly; 2 guérisons.
8 extirpations des trompes seules ou des trompes avec les ovaires; 8 guérisons.
11 ovariotomies, dont 7 doubles, pour tumeurs fibro-cystiques de l'ovaire, tumeurs dermoïdes, kystes simples, kystes et tumeurs colloïdes; 1 guérison.
5 hystérectomies vaginales pour cancer; l'une d'elles est restée inachevée; 4 guérisons, 1 mort.

63 opérations diverses, dont 3 seulement suivies de mort.

Sur cet ensemble de 63 opérations, je relève 60 guérisons et

3 morts. De ces 3 morts, 2 sont survenues à la suite de gastrostomies pour cancer de l'œsophage, par dépérissement rapide, sans accidents septiques, l'autre à la suite d'une hystérectomie vaginale, restée inachevée, et dont je n'ai pas personnellement la responsabilité. Je n'ajouterai pas de commentaires à ces chiffres. Ils démontrent suffisamment par eux-mêmes la bonne organisation de mon service, au point de vue de l'asepsie et de l'antisepsie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 30 avril 1890.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique* (collection in-8°, t. IX, 2e fasc. Bruxelles, 1889).

Rapport.

Amygdalotomie et hémorrhagie, par le Dr MOURE (de Bordeaux).

Rapport par le Dr ED. SCHWARTZ.

M. le Dr Moure nous a adressé une observation intéressante d'hémorrhagie après une amygdalotomie chez l'enfant. La rareté de cet accident, l'absence des conditions ordinaires qui doivent le faire craindre, nous paraissent mériter que nous vous relations en quelques détails le cas de notre confrère.

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans atteint de végétations adénoïdes et d'une hypertrophie considérable des deux amygdales. Il était sujet à des amygdalites fréquentes, au cours desquelles il suffoquait littéralement.

Pendant l'examen, ses deux amygdales, presque pédiculées, tellement elles étaient volumineuses, venaient se croiser sur la ligne médiane, et la gauche refoulait en haut le voile du palais et en bas touchait le bord de l'épiglotte. Elles étaient bourgeonnantes, mamelonnées et toujours rouges, chroniquement enflammées. Pas de signe d'hémophylie ; aucune tare héréditaire.

Le 5 juin, amygdalotomie double. L'écoulement du sang, sans être très abondant, dépasse néanmoins la moyenne. Badigeonnage des deux plaies au jus de citron. Gargarisme à l'eau glacée. Une fois l'écoulement sanguin arrêté, M. Moure quitte l'opéré. Vers onze heures du matin, l'enfant boit un potage et demande à dormir ; deux heures après, il est pris de sueurs, de crampes d'estomac, et bientôt après il vomit une demi-cuvette de sang noir à moitié digéré. Appelé aussitôt, notre confrère constate tous les symptômes d'une hémorrhagie abondante qui s'est produite au niveau de l'amygdale gauche, où se voit une surface recouverte d'un caillot noirâtre. On n'y touche pas et on ordonne des boissons glacées, en surveillant l'enfant de très près. Tout allait bien, quand, huit jours après, il est repris d'une nouvelle hémorrhagie et d'un vomissement aussi abondant que le premier. Il y avait à la surface de l'amygdale gauche une petite surface bourgeonnante d'où s'était détachée en partie une petite eschare qui flottait dans la gorge. A partir de ce moment, tout fut terminé, et l'opéré guérit sans encombre.

L'auteur a recherché des cas analogues, et il n'a pu en trouver chez l'enfant ; chez l'adulte, au contraire, cet accident a été observé assez fréquemment, et presque toujours alors il s'agissait soit d'individus atteints d'inflammation des amygdales, soit de malades hémophyles, comme dans le cas de Gunter, cité par Ricardeau (*Thèse*, Paris 1886). Ce dernier a pu en réunir 53 observations.

Nous n'avons, pour notre part, jamais observé semblable accident chez les enfants auxquels nous avons pratiqué l'amygdalotomie, et nous n'en connaissons pas de cas.

. Malgré tout, nous sommes de l'avis du Dr Moure, quand il émet les conclusions suivantes : ne jamais laisser dormir les jeunes opérés quand on se trouvera en présence d'un cas où l'écoulement sanguin aura été plus abondant que d'habitude ; ne pas les abandonner quand, dans les conditions précitées, il se sera, en outre, formé une eschare, tant que celle-ci ne sera pas détachée. Nous terminerons en insistant sur ce fait qu'il ne faut pas couper des

amygdales enflammées, et nous ne serions pas étonné que l'accident arrivé à notre confrère fût sous la dépendance de l'inflammation chronique des amygdales qu'il signale au début de son observation.

Discussion.

M. Tillaux. Lorsque l'amygdale est enflammée, l'amygdalotome en peut déchirer des fragments qui, dans quelques cas, tombant ou pendant sur l'ouverture de la glotte, ont déterminé des accidents de suffocation. Je m'explique plus difficilement que des lambeaux sphacélés donnent lieu aux accidents hémorrhagiques que signale M. Moure.

Rapport.

Plaie de la base du cou par balle ; douleurs locales et irradiées ostéite condensante ; résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes, des apophyses épineuses de la 1re vertèbre dorsale et de la 7e vertèbre cervicale, de la lame vertébrale et de la moitié postérieure de l'apophyse transverse gauche de cette dernière vertèbre, par M. le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

L'intérêt principal de cette observation, dit avec raison notre collègue de l'armée, réside dans l'opération rare et dangereuse qu'a subie le blessé et dans la bénignité de ses suites. Je n'ajoute pas avec lui « et dans son heureux résultat », car certaines réserves, basées sur l'état psychique du malade, sur la persistance de douleurs et d'un gonflement notable des os au voisinage du lieu d'opération, me paraissent devoir être faites, au point de vue de l'admission d'une guérison définitive.

F..., âgé de 48 ans, vigoureux, reçut, en décembre 1870, au combat de Loigny, une balle qui, pénétrant à la base du cou, *à gauche*, vers le tiers externe de la clavicule, vint saillir sous la peau, sur le bord spinal de l'omoplate *droite*, à la naissance de l'épine scapulaire. Pleurésie gauche immédiate, vomique au bout de onze mois ; depuis cette époque, suppuration persistante par l'ouverture d'entrée. En août 1885, vaste phlegmon de la région pectorale gauche, incision, grattage de la 2e côte dénudée et du bord sternal de son voisinage.

En juin 1877, F... accuse de violentes douleurs dans le côté gauche du cou et le membre supérieur. La plaie d'entrée suppure

abondamment, et le cathétérisme, la sortie de l'air, prouvent la communication du canal de la plaie avec une grosse bronche. Cependant l'appétit est bon, le poumon gauche libre d'adhérences et fonctionnant bien ; seul l'état mental laisse à désirer, comme le montrent plusieurs tentatives de suicide. Au côté gauche du cou, on constate une hyperostose notable de la colonne rachidienne.

Le cathétérisme avec et sans anesthésie n'ayant décelé dans le trajet la présence d'aucun corps métallique susceptible d'entraîner la suppuration, M. Delorme eut recours pour l'exploration à la curette uréthrale de Leroy d'Etiolles. Cette dernière buttant contre un corps dur, rugueux, une incision conduisit sur les extrémités postérieures hypertrophiées des 4e et 3e côtes gauches. Elles furent réséquées dans une longueur de 4 à 5 centimètres; la 2e côte fut abrasée, les bords de la fistule avivés, et celle-ci se ferma définitivement après avoir duré dix-sept ans.

En revanche, les douleurs accusées par F... ne furent en rien diminuées par cette intervention. Partant de l'hyperostose développée au niveau des dernières vertèbres cervicales, hyperostose sensible aux fortes pressions, elles s'étendaient au membre supérieur gauche, principalement sur le trajet du nerf cubital, parfois jusqu'à la main droite et autour du thorax. Un traitement antisyphilitique énergique (le malade avait eu la syphilis 20 ans avant) étant resté sans résultat, l'ablation de la majeure partie du calus volumineux du cou fut décidée et pratiquée le 13 mai 1889.

Notre collègue, craignant de rencontrer l'artère vertébrale au cours de son opération, s'assura qu'on en pouvait faire la ligature entre l'axis et l'atlas, en incisant le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, coupant le splénius et pénétrant entre les muscles qui s'insèrent aux apophyses transverses des deux premières vertèbres. J'avoue ne pas bien saisir le but poursuivi par M. Delorme dans ces recherches anatomo-chirurgicales. S'il lui était arrivé, pendant l'opération, de blesser l'artère vertébrale non loin de son origine, une seule conduite s'imposait : lier immédiatement les deux bouts du vaisseau divisé. Un lien placé à hauteur de l'axis n'eût pas remédié à l'hémorrhagie par le bout cardiaque, et, celui-ci atteint, il eût sans doute été plus aisé de rechercher l'extrémité périphérique de la vertébrale dans la plaie elle-même que d'aller découvrir le vaisseau sur un point plus élevé. Fort heureusement, M. Delorme n'eut pas à compter avec une pareille complication.

Par une longue incision traversant les masses musculaires de la gouttière rachidienne à gauche, furent successivement dégagées et réséquées : la 2e côte gauche, dans une étendue de 3 centimètres en dehors de son angle ; la 1re côte, dans une pareille longueur, en

même temps qu'une prolifération osseuse irrégulière, qui s'en détachait en haut et en dehors; l'apophyse transverse de la 7e cervicale et la lame gauche de cette vertèbre, mettant à jour la racine du tronc du nerf cubital et les enveloppes de la moelle; enfin, l'apophyse épineuse de cette même vertèbre. La gouge et le maillet furent employés pour l'enlèvement de ces dernières parties, afin d'éviter toute lésion des organes voisins.

Ces excisions avaient été longues, l'anesthésie laborieuse. « Je dus arrêter là mon opération, dit M. Delorme, regrettant de ne pouvoir enlever la lame vertébrale gauche de la 6e cervicale et la partie postérieure de son apophyse transverse, également augmentée de volume. » La plaie se ferma en quelques semaines; les douleurs avaient presque complètement cessé dans le cou et dans la zone du nerf cubital gauche.

La guérison cependant ne peut être regardée comme définitive, puisque M. Maty, prenant le service, jugea nécessaire de pratiquer deux nouvelles incisions : l'une le long des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, l'autre près du bord spinal de l'omoplate droite, qui fit découvrir un fragment de la balle. D'un autre côté, le blessé éprouve vers le rachis des douleurs qui, suivant sa propre expression, lui portent au cœur. Il n'y a donc eu, sous l'influence de l'opération si bien conçue et si bien exécutée par notre collègue, qu'une notable amélioration dans l'état du blessé. Vous avez pu constater que la partie inférieure de la colonne cervicale présentait encore un gonflement diffus très notable. Quant à l'état général, il est toujours satisfaisant, n'était la tendance à l'hypocondrie, qui fait de ce malheureux un *névropathe* dans toute l'acception du terme.

Messieurs, nous devons savoir gré à M. Delorme de nous avoir présenté cet opéré. Vous connaissez sa hardiesse et son habileté chirurgicales, son esprit d'initiative, et s'il n'a pas obtenu dans le cas actuel un succès complet, nous ne pouvons que louer son intervention rationnelle. Outre de remarquables travaux, M. Delorme a fait à la Société d'importantes et nombreuses communications.

Je vous propose donc : 1° de déposer son travail dans nos Archives; 2e de lui adresser des remerciements et de le classer dans un rang très honorable sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Communication.

Entérorrhaphie pour un anus contre nature, consécutif à une hernie étranglée et gangrenée,

Par M. Jules Bœckel,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le traitement de l'anus contre nature a subi dans ces dernières années, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, une modification importante, dont la valeur n'est pas encore bien établie.

Les méthodes de Velpeau, de Malgaigne, de Denonvilliers, qui portent exclusivement sur le pourtour de l'orifice accidentel, tendent aujourd'hui à être remplacées par un procédé plus complet; il consiste à ouvrir de parti pris le péritoine dans le voisinage de l'anus contre nature, et à suturer ensuite les deux lèvres de l'intestin avec ou sans résection de cet organe.

Les méthodes de nos devanciers ont fait leurs preuves : celle de Velpeau est aujourd'hui complètement abandonnée; celles de Malgaigne et de Denonvilliers ont donné des succès, et pour l'époque à laquelle elles ont été imaginées, certes, elles ont réalisé un progrès incontestable.

Aujourd'hui, cependant, j'estime qu'elles doivent céder le pas à une intervention plus radicale et plus réellement curatrice. Sans vouloir pousser les choses à l'extrême, sans vouloir préconiser la résection intestinale d'emblée, que je considère dans l'espèce comme une opération détestable, ou tout au moins comme fort grave, attendu que sa mortalité atteint, d'après Bouilly, 37 0/0, je crois que nous sommes aujourd'hui parfaitement autorisés à choisir un moyen terme, c'est-à-dire à ouvrir la séreuse au niveau de l'anus anormal, à décoller les adhérences qui unissent cette ouverture au péritoine pariétal et à pratiquer ensuite la suture avec ou sans résection de l'intestin.

Il est bien entendu, et c'est là un point capital, qu'on attendra avant d'agir que toute trace d'inflammation ait disparu, que les tuniques de l'intestin aient repris leur consistance normale, en un mot que l'intestin soit parfaitement sain.

Dans ces conditions, l'opération est sans gravité; elle est de plus aussi complète que possible, car il va sans dire que, les sutures placées et l'intestin réduit, on la terminera par la cure chirurgicale de la hernie. Celle-ci est matériellement impossible avec les procédés anciens, dans lesquels la crainte d'une récidive et d'un nouvel étranglement subsiste toujours.

C'est donc une question à étudier, d'autant plus que les faits

publiés jusqu'à ce jour sont encore peu nombreux. Aussi n'ai-je pas craint de venir porter à cette tribune une observation qui pourra peut-être paraître banale, mais qui n'en est pas moins intéressante pourtant par plus d'un côté : d'abord par l'âge de la malade, qui est une vieille femme de 78 ans ; puis par la gravité du cas, attendu qu'il s'agit d'une hernie étranglée avec gangrène étendue de l'intestin; puis, enfin, par la guérison, qui, en dépit de l'âge de la malade, des accidents redoutables auxquels elle a été exposée et des trois interventions graves qu'elle a subies coup sur coup, s'est opérée avec une merveilleuse simplicité ; chose assurément rare dans des conditions aussi défavorables :

Voici le fait :

La nommée Marguerite M..., 78 ans, entre à la maison de santé des diaconesses, le 13 avril 1889, pour une hernie crurale gauche datant de trois jours. Elle porte sa hernie depuis plus de vingt ans, mais n'a jamais voulu s'astreindre au port d'un bandage. C'est une femme maigrelette, atteinte depuis des années de bronchite chronique. La hernie s'est étranglée sous l'influence de cette dernière cause. Elle vomit depuis vingt-quatre heures des matières porracées, fétides ; son ventre est fortement météorisé, son pouls à peine perceptible.

Je pratique la kélotomie à cinq heures du soir, avec l'assistance de mon interne, le Dr Risy, qui se charge de la chloroformisation.

Arrivé sur le sac, je l'incise et le trouve rempli de pus jaune brunâtre. Avant d'aller plus loin, je fais la désinfection du sac à l'aide d'une solution de sublimé chaude à 1/1000.

Cela fait, je constate qu'une anse intestinale, repliée sur elle-même et mesurant 14 centimètres, occupe le fond du sac. Elle est absolument noire, dépolie par places, et présente à son sommet deux plaques de 2 à 3 centimètres de long, qui sont d'un gris verdâtre ; l'une d'elles est sur le point de percer ; elles sont d'ailleurs très voisines et séparées par une bande de 4 à 5 millimètres, noire comme tout le reste de l'intestin.

Je fais avec précaution le débridement de l'anneau ; puis, après avoir bien désinfecté cette anse gangrénée, je la fixe à la peau, en passant mon aiguille à 1 centimètre des bords de la partie nécrosée ; je fais pénétrer l'aiguille entre la séreuse et la musculeuse, puis à travers le sac et finalement dans les téguments.

Les choses sont ainsi laissées en place pendant vingt-quatre heures, puis l'intestin est largement ouvert et les plaques de gangrène excisées. Une nouvelle suture assujettit, par surcroît de précautions, l'anse ouverte à la peau.

Il se fait tout d'abord un abondant écoulement de matières glaireuses ; pas question d'autre évacuation, ni selles, ni gaz.

Ce n'est qu'après avoir introduit dans le bout supérieur un gros tube de caoutchouc qu'une abondante selle liquide est évacuée. Je fais des irrigations tièdes dans l'intestin, pour le vider aussi complètement

que possible. Le ventre s'affaisse bien vite, et au réveil la malade se sent soulagée.

A dater de ce jour, les accidents dus à l'étranglement étaient levés ; ils ne reparurent plus dans la suite.

Peu à peu la malade reprend ; on la nourrit avec des bouillies, des potages, des œufs. Les selles deviennent solides au bout d'une quinzaine de jours; mais l'écoulement incessant du liquide intestinal entraîne au pourtour de la plaie et dans le pli génito-crural un eczéma intense, qui tourmente beaucoup la malade. Le 11 mai, jugeant les adhérences solides à toute épreuve, je me dispose à pratiquer l'*entérotomie*. Mais, pour me débarrasser au préalable d'une portion d'intestin herniée à travers l'anus artificiel et débordant dans la plaie de 3 à 4 centimètres, j'applique tout d'abord sur cette partie un entérotome dans le sens horizontal ; je résèque 2 centimètres et demi du pourtour de l'intestin et laisse la pince entérotome en place jusqu'au lendemain, soit vingt-quatre heures.

Deux jours après, le 13 mai, je fais l'entérotomie des deux bouts d'intestin accolés, à l'aide d'un entérotome ordinaire de Dupuytren que je fais pénétrer dans chacun des bouts à une profondeur de 4 centimètres.

Le 14, enlèvement de l'entérotome. Pas d'accidents.

Le 19, les selles passent par l'anus normal ; l'orifice artificiel se rétrécit insensiblement et l'eczéma tend à disparaître. L'état général est excellent.

Au bout d'un mois, les choses en sont toujours là ; les selles sont régulières, mais l'anus contre nature n'a aucune tendance à se fermer spontanément ; bien plus, à différentes reprises, il se fait une invagination des parties supérieures de l'intestin dans cet orifice artificiel et l'on constate alors presque journellement une véritable hernie qui se présente sous l'aspect d'un boudin recouvert de muqueuse, long parfois de 16 à 18 centimètres.

La réduction en est facile, mais la reproduction tout aussi aisée.

Il s'agit de ne plus temporiser, et de procéder sans retard à l'*entérorrhaphie*.

La malade ayant été purgée le 6 juin, de manière à bien vider l'intestin, j'exécute cette troisième opération le 7 juin, de la façon suivante :

Inutile de dire que je prends les précautions d'usage : circonscrivant le pourtour de l'anus artificiel, qui ne mesure plus actuellement que 11 centimètres de pourtour, par une incision elliptique pratiquée à 3 millimètres de ses bords et comprenant par conséquent une bande de peau de même largeur, je cherche à isoler l'intestin et à le décoller du péritoine du sac, auquel il avait été suturé. Cette manœuvre est longue et laborieuse, surtout au début, tant les adhérences sont intimes. Elles s'étendent sur une hauteur de 1 centimètre et demi; à partir de là le décollement est aisé. Je le poursuis sur une étendue de 5 à 6 centimètres, de manière à n'être pas gêné dans les manœuvres ultérieures.

Attirant alors au dehors cette anse ainsi libérée, je procède à la suture des bords de l'anus suivant le procédé de Lembert, c'est-à-dire par renversement et accollement des surfaces séreuses. Dans ce but, j'emploie une série de fils de soie phéniquée fins, que je fais cheminer entre la séreuse et la musculeuse, en me tenant à 5 centimètres des bords de la plaie.

Cela fait, je lave l'anse suturée avec du sublimé et la réintègre dans l'abdomen.

Voulant faire bénéficier mon opérée des avantages de la cure chirurgicale, je complète le décollement du sac herniaire et, après, l'avoir attiré au dehors, en pratique la ligature en deux faisceaux séparés et finalement la résection.

Je réunis la peau très exactement par-dessus le tout et applique un pansement compressif sublimo-ouaté. Je ne fais pas de drainage, ayant systématiquement renoncé à cette pratique depuis dix-huit mois, comme je le disais tout dernièrement dans une communication à la Société de chirurgie (V. séance du 1er mai 1889).

Le soir même, l'opérée rend des gaz par l'anus.

Le lendemain, elle a une selle moulée.

Son état est des plus satisfaisants. L'apyrexie est complète.

Le 15 (8e jour), je défais les pansements, enlève les sutures et trouve la plaie réunie sans une goutte de pus, et définitivement réunie, comme je puis le vérifier quelques jours plus tard.

J'applique un spica de l'aine et fais prendre la mesure pour un bandage.

Le 16, l'opéré se lève, et quelques jours après, elle quitte la maison de santé. Il n'y a pas la moindre tendance à la reproduction de la hernie.

Depuis lors, elle se porte admirablement et vaque aux occupations de son ménage, malgré ses 78 ans et son catarrhe bronchique.

Discussion.

M. Kirmisson. La communication de M. Jules Bœckel me parait tout particulièrement digne d'intérêt. Si je m'en rapporte à la courte expérience que j'ai pu acquérir jusqu'à ce jour, je suis tenté, comme lui, de donner la préférence à la méthode intrapéritonéale sur les anciens procédés autoplastiques dans la cure de l'anus contre nature. Quatre fois j'ai mis en usage ces derniers procédés ; chez un vieillard, qui avait eu une hernie inguinale étranglée et gangrenée, j'ai pu obtenir la guérison, toutefois avec persistance d'une petite fistule, dont l'oblitération aurait pu sans doute être obtenue, si ce malade n'avait succombé, quelques mois après, à une pneumonie. Mais, chez les trois autres malades, j'ai échoué, et même une vieille femme, atteinte d'anus contre nature consécutif à une hernie crurale étranglée, a succombé, épuisée,

dans les jours qui ont suivi l'intervention, sans que nous ayons trouvé trace de péritonite à l'autopsie.

Au contraire, chez une jeune femme à laquelle un chirurgien avait pratiqué un anus artificiel sur l'S iliaque pour une affection du rectum, j'ai fait avec succès la cure de cet anus anormal par la méthode intra-péritonéale. L'intestin étant complètement libéré de ses adhérences, j'ai pratiqué la suture de l'orifice intestinal perpendiculairement au calibre de l'S iliaque, au moyen de deux plans de sutures de Lembert, dont l'un comprenait la musculeuse, l'autre la tunique péritonéale. Une seconde suturo a été faite sur le péritoine pariétal ; un troisième plan de suture a été placé sur la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen. Enfin, la peau a été fermée au moyen d'un quatrième plan de suture au crin de Florence. Les suites opératoires ont été absolument nulles ; dès le soir même, la malade rendait des gaz par l'anus ; le cours normal des matières s'est rétabli, sans que jamais il y ait eu ni fièvre, ni trace de suppuration.

Communication.

Remarques à propos d'une observation de cholécystectomie,

Par M. Terrier.

Messieurs, permettez-moi de vous rapporter une observation de cholécystectomie offrant, je crois, quelque intérêt au point de vue pathologique et opératoire.

Voici le fait résumé, d'après les notes de mes internes, MM. Calot et Raymond.

Il s'agit d'une dame D..., âgée de 47 ans, malade depuis le mois de décembre 1889, qui me fut adressée par mon collègue et ami M. le Dr Rendu, médecin de l'hôpital Necker. Depuis une dizaine d'années, Mme D... se plaignait de troubles gastriques et de douleurs dans le côté droit du ventre, sans d'ailleurs présenter d'ictère franc; toutefois la figure était, dit-elle, un peu jaune.

Il y a 7 mois, la malade se heurte violemment le côté droit à l'anglo d'une table, et s'est même probablement brisé une côte. Quoi qu'il en soit, les douleurs siégeant dans la région hépatique n'ont pas été augmentées par ce traumatisme violent.

Depuis trois mois, c'est-à-dire depuis le commencement de l'année 1890, Mme D... souffre presque constamment du côté droit et se plaint de crises douloureuses parfois intenses, irradiant vers l'épaule droite et l'ombilic.

A son entrée à l'hôpital Bichat, on constate que le foie est volumineux et qu'il dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes. Au-dessous de lui, et juste au niveau de la vésicule biliaire, on trouve une tumeur dure, pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas et en dehors; tumeur très douloureuse à la pression et mesurant 10 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur.

Cette tumeur, qui se confond en haut avec le foie, est certainement la vésicule distendue, douloureuse et enflammée.

Il n'y a pas d'ictère et pas de pigments biliaires dans les urines; les matières fécales sont normalement colorées. Il n'existe donc pas d'arrêt dans les voies d'excrétion directes du foie, c'est-à-dire du côté du canal cholédoque. Au contraire, par suite de la distension de la vésicule, et à cause des douleurs vives déterminées par cette distension, nous supposons une rétention de bile dans la vésicule probablement par des calculs et une péricholite.

En présence de ces phénomènes, l'indication opératoire était évidente, et tout d'abord nous pensâmes à ouvrir la vésicule pour la vider de son contenu, peut-être suppuré, et de ses calculs.

L'opération fut faite le 15 avril 1890, avec l'aide de mon ami et collègue le Dr Quénu.

Je fis à droite une incision sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen; cette incision était longue de 12 à 15 centimètres. Les aponévroses sectionnées méthodiquement, j'ouvris le péritoine, d'abord au bistouri, puis avec des ciseaux mousses.

La vésicule biliaire pleine de liquide apparaît entre les lèvres de l'incision; elle est adhérente, et on l'isole un peu des parties voisines, en particulier de l'intestin grêle sous-jacent, probablement la 2e partie du duodénum.

Ceci fait, on la ponctionne avec le gros trocart de l'appareil Potain, et on aspire ainsi environ 120 grammes d'un liquide blanchâtre, d'aspect purulent; c'est certainement de la cholestérine en quelque sorte émulsionnée qui est ainsi aspirée de la vésicule.

Celle-ci est alors ouverte assez largement, et son ouverture maintenue béante par l'application méthodique de pinces à pression sur les lèvres de l'incision faite à la vésicule.

On peut alors éponger l'intérieur de la vésicule, ce qui la fait saigner un peu, puis enlever de nombreux calculs de cholestérine, dont les plus volumineux atteignaient les dimensions d'une noisette.

Les calculs situés vers le col de la vésicule sont difficiles à extraire; enfin, il en reste un engagé dans le col, où il paraît absolument enclavé et d'où je ne puis parvenir à le déloger, et cela malgré une très large ouverture de la vésicule biliaire.

Me rappelant un cas analogue opéré jadis dans mon service par le professeur Trélat, cas dans lequel les tentatives réitérées pour enlever un calcul du canal cystique furent suivies de rupture de ce canal et d'accidents péritoniques mortels, je résolus de modifier mon plan opératoire, et d'accord avec mon excellent ami Quénu je décidai de pratiquer la cholécystecsomie. De cette façon, j'enlèverai la vésicule,

son col et le canal cystique, contenant le calcul enchatonné et immobile, contre lequel tous mes efforts venaient d'échouer.

La vésicule fut donc isolée de l'intestin duodénum par déchirure des adhérences cellulaires assez abondantes; puis je la séparai bien plus facilement de la face inférieure du foie. Cette dernière manœuvre donna un peu de sang, par suite d'une légère déchirure du tissu hépatique.

En continuant à isoler la vésicule du côté de son col, je m'aperçus d'abord que l'incision latérale n'était pas bien propice à la cholécystectomie, en ce sens que le col de la vésicule répondait presque à la ligne médiane, et qu'une incision médiane permettait de le mieux atteindre.

Je constatai alors que le tissu du col de la vésicule était fort friable, et qu'il se déchirait sous l'influence des tractions, si bien que le calcul que je n'avais pu enlever faisait saillie à travers une ouverture spontanée du col ramolli. Ce calcul fut enlevé et les parties voisines nettoyées avec grand soin.

Le calcul enlevé, je cherche à isoler encore plus loin le col de la vésicule, si bien qu'une ligature en fil de soie est appliquée sur le canal cystique et qu'elle est fortement serrée; peut-être même trop fortement, étant donné la fragilité des tissus à étreindre.

Je fais alors l'excision de la vésicule et l'enlève. La toilette rigoureuse des parties occupées précédemment par la vésicule est pratiquée avec grand soin. Deux ligatures en anses peu serrées et au fil de soie sont passées à travers le tissu du foie, de manière à faire cesser l'écoulement sanguin provenant du décollement de la vésicule. Ces deux ligatures sont faites à peu de distance du bord antérieur et droit du foie.

De plus, un point de suture est placé entre deux replis péritonéaux voisins du duodéum, de façon à isoler, incomplètement il est vrai, le lieu de l'opération de la grande séreuse péritonéale.

Un drain moyen est placé sous le foie, jusqu'au point où a été lié le canal cystique; il s'étend de ce point à la partie supérieure de l'incision de la paroi abdominale.

La plaie est alors fermée par trois points de suture.

Les premières, à la fine soie, réunissent les deux lèvres de la plaie péritonéale; les secondes, toujours à la soie, rapprochent les plans aponévrotiques lésés; on en place ainsi quatre ou cinq. Enfin, les téguments sont suturés avec le crin de Florence.

L'opération a duré une heure et demie.

On appliqua un pansement avec la poudre de salol, la gaze et l'ouate au salol.

Au moment où je fis le pansement, il me sembla que le sang qui s'écoulait du tube à drainage était coloré par de la bile, et je fis part de cette remarque à mon ami le docteur Quénu. Toutefois, nous n'y attachâmes pas grande importance, du moins immédiatement.

Le jour de l'opération, Mme D... fut fort calme et il n'y eut ni vomissements ni réaction fébrile; mais, point capital à noter, dès le soir le

pansement fut taché par la bile, et, pendant la nuit, celle-ci s'écoula par le drain en telle quantité qu'elle inonda le lit de la malade.

Le 16, état général excellent. Mais le pansement est inondé de bile. Le soir la température atteint 38°,4.

Les 17 et 18, la température oscille entre 37 et 38°, mais la bile s'écoule toujours abondamment au dehors.

Les 19 et 20, la quantité de bile qui sort par le tube tend à diminuer.

Le 21, on essaye de recueillir la bile à l'aide d'un appareil *ad hoc*, mais il ne s'écoule plus qu'un peu de sérosité incolore par le tube.

Dès lors, la fistule biliaire est guérie.

Le drain est enlevé le 24, et la plaie se ferme quelques jours après, le 30.

Ce n'est pas la première fois que cet écoulement abondant de bile est signalé après la cholécystectomie, seulement la cause de cet écoulement ne me paraît pas bien connue, et je crois, dans l'espèce, pouvoir élucider cette question encore à l'étude.

J'ai dit que sous l'influence probable d'un processus inflammatoire chronique le col de la vésicule biliaire était ramolli et friable, si bien que par des tractions il se déchira spontanément au niveau du calcul qui y était enchatonné.

Or, il est probable qu'il en était de même du canal cystique sur lequel on a appliqué une ligature serrée, et, comme je l'ai déjà dit, probablement trop serrée pour le cas spécial. Je crois, en effet, que cette ligature a coupé les tissus, et que, par conséquent, le reflux de la bile par le canal cystique a été possible, dès le moment où on a installé le tube à drainage.

C'est pour cela que, presque immédiatement après l'opération, nous avons observé que de la bile s'écoulait mêlée à du sang par le drain placé sous le foie. C'est pour cela que l'écoulement de bile a été si considérable les premiers jours, puisque le lit de la malade en était inondé.

Comme les voies cholédoques étaient libres, on conçoit que sous l'influence du processus réparateur le canal cystique ait été rapidement oblitéré, d'où la cessation de tout écoulement après quelques jours de durée, et sans nouvelle intervention.

Ce point tout spécial méritait, je crois, d'attirer votre attention, et il expliquerait, dans nombre de cas, les écoulements abondants observés par les opérateurs après l'ablation de la vésicule.

Il plaide aussi en faveur de la cholécystectomie, lorsqu'un calcul est profondément engagé dans le canal cystique, ou même dans le col de la vésicule. Car, avec des tentatives d'extraction, on peut déchirer le col de la vésicule ou le canal cystique et provoquer l'apparition de phénomènes péritonitiques graves et même mor-

tels, comme nous l'avons malheureusement observé avec notre maître le professeur U. Trélat.

Discussion.

M. Tillaux. L'écoulement de bile si abondant que vient de signaler M. Terrier ne serait-il pas plutôt le fait d'une transsudation provenant de la face inférieure du foie que d'une rupture du canal cystique ? J'ai observé, chez un malade atteint de kyste hydatique de la face inférieure du foie, un écoulement de bile tellement abondant que la mort survint par épuisement avant que j'aie pu faire une tentative thérapeutique sérieuse.

M. Marchand. Lorsque, à la suite d'une lésion quelconque, on observe l'écoulement de notables quantités d'un produit de sécrétion, c'est qu'un conduit sécréteur plus ou moins important ou un réservoir ont été intéressés.

Les atteintes ne portant que sur la substance glandulaire elle-même, qu'il s'agisse du foie, du rein ou de la parotide, ne donnent point lieu à de semblables phénomènes.

M. Terrier. Quelques animaux sont privés de vésicule biliaire ; chez d'autres, au contraire, la bile est amenée directement au moyen de conduits dits hépato-cystiques. Ces derniers peuvent-ils exister normalement chez l'homme ? C'est une question encore à l'étude ? M. Hartmann, dans des recherches entreprises à propos d'un concours de prosectorat, n'en a pas rencontré.

J'ai eu un instant la même idée que M. Tillaux, mais l'abondance extrême de l'écoulement m'a ramené à l'opinion qu'il s'agissait bien d'une lésion du conduit cystique lui-même.

Je répète encore que l'écoulement a vite cessé, et que malgré cet accident la guérison a été rapide.

M. Marc Sée. On a maintes fois cherché chez l'homme l'existence de canaux hépato-cystiques, sans jamais en rencontrer. C'est une question entièrement jugée aujourd'hui; ces tubes vecteurs n'existent pas dans l'espèce humaine. L'accident signalé par M. Terrier tient donc, sans aucun doute, à une lésion du canal cystique; de nouvelles recherches à ce sujet seraient superflues.

M. Terrier. J'ignorais que la disposition à laquelle j'ai fait allusion eût été l'objet de recherches aussi complètes que nous l'apprend M. Sée. Je me demande s'il n'eût point été préférable de laisser une pince à demeure sur le siège de la rupture. C'est là un point à expérimenter ultérieurement.

Communication.

Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne, suivie de suture immédiate de l'utérus ; guérison,

Par M. Bouilly

J'ai l'honneur de communiquer à la Société l'observation d'un fibrome utérin que des conditions spéciales m'ont conduit à opérer par une intervention peu commune. J'éprouve même un certain embarras à dénommer d'une manière concise le procédé opératoire que j'ai mis en œuvre ; il est calqué sur les manœuvres de l'opération césarienne, et je pourrais intituler mon opération : *Ablation d'un fibrome utérin par l'opération césarienne.*

Le sujet de cette observation est une femme de 42 ans, venue de la Nièvre et entrée à la Maternité, salle Levret, dans le courant de février 1890. Cette femme, réglée à 14 ans, mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, a commencé à présenter des ménorrhagies, puis des métrorrhagies depuis six ans ; depuis trois ans, ces pertes sont devenues beaucoup plus abondantes, tout à fait irrégulières, accompagnées de douleurs abdominales. Depuis cette époque la malade est très affaiblie ; elle dut prendre le lit à chaque époque menstruelle et souffre fréquemment de crises douloureuses très violentes suivies de l'expulsion d'un liquide filant très abondant. Depuis deux ans, à de fréquentes reprises, son médecin ordinaire lui a réséqué de petites portions de tumeur qui venaient faire saillie à la vulve.

Quand la malade se présente pour la première fois à la Maternité, elle peut à peine marcher, courbée en deux par la douleur abdominale et perdant à flots un mélange de sang et de mucus ; elle offre les caractères de l'anémie portée à son plus haut degré.

L'examen fait reconnaître un volumineux fibrome remontant du petit bassin jusqu'au-dessus de l'ombilic et débordant la ligne médiane des deux côtés d'un large travers de main. En outre, une volumineuse portion de la tumeur remplit tout le vagin et arrive jusqu'à la vulve ; c'est à peine si l'on peut passer un doigt entre la tumeur et la paroi vaginale. L'hystéromètre disparaît tout entier dans la cavité utérine, sans pouvoir atteindre le fond de la tumeur ; il peut parcourir une étendue assez considérable à la périphérie de celle-ci, indiquant qu'elle est libre en partie dans la cavité de l'utérus largement remplie et dilatée. Toute la masse est dure, ferme, immobile ; on ne peut communiquer aucun mouvement à la portion vaginale par la pression exercée vers le fond de l'utérus.

Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent assez librement, la malade accuse une pesanteur sur le fondement, avec irradiation douloureuse dans les lombes et les cuisses.

Le diagnostic s'imposait et pouvait être formulé de la manière suivante : volumineux fibrome sous-muqueux ayant envahi les cavités utérine et vaginale, provoquant des contractions utérines douloureuses et infructueuses.

L'indication était urgente de débarrasser la malade de ce néoplasme, mais la conduite à tenir en pareil cas était tout à fait délicate. Le fibrome semblait s'offrir par la voie vaginale et réclamer son ablation par morcellement; mais la crainte d'une intervention trop longue, d'une chloroformisation prolongée, d'une perte de sang même minime, d'une opération restant incomplète, me firent rejeter ce mode opératoire. Je le crus dangereux chez cette femme réduite au dernier degré du marasme, chez laquelle je redoutais les conséquences d'un choc opératoire succédant à des manœuvres qui peuvent se prolonger jusqu'à deux heures; je redoutais aussi la possibilité d'une septicémie gangreneuse, envahissant rapidement les restes de la tumeur si une circonstance quelconque ne permettait pas de l'enlever en totalité. En résumé, la crainte d'une opération trop longue ou incomplète me fit rejeter ce parti.

D'un autre côté, je ne pouvais guère songer à une hystérectomie abdominale totale : l'amputation de l'utérus chez cette femme épuisée et l'impossibilité de faire un véritable pédicule à cause du volume considérable de la tumeur, qui remplissait toute l'aire du détroit supérieur et à travers laquelle il m'eût fallu sectionner en plein, me poussèrent à choisir un autre mode d'intervention. En tenant compte de l'évolution du fibrome, des résultats fournis par le cathétérisme utérin, de la présence de son volumineux prolongement dans le vagin, je pensai que la tumeur devait être libre en partie dans la cavité utérine, et que je pouvais l'en extraire par une incision suffisante faite à l'utérus, comme on extrait un fœtus par l'opération césarienne. Je me tenais prêt à faire l'hystérectomie totale, malgré les conditions défavorables énoncées plus haut, si au cours des manœuvres je trouvais un obstacle trop grand à mon plan opératoire. L'opération fut pratiquée de la manière suivante, le 25 février 1890.

Opération. — Après les précautions antiseptiques d'usage et l'évacuation de la vessie qui a remonté et est attirée en haut, incision de la paroi abdominale dans l'étendue d'environ 18 centimètres, depuis le sommet de la tumeur jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus du pubis. L'incision s'arrête au cul-de-sac péritonéal au-dessus de la vessie, dont le fond est beaucoup plus élevé qu'à l'ordinaire.

L'utérus est immédiatement amené en avant hors du ventre; la cavité abdominale est protégée par le rapprochement des lèvres de l'incision à l'aide d'un fil, derrière l'utérus, et par des compresses stérilisées.

Un gros fil de caoutchouc d'attente est passé autour de la tumeur aussi bas que possible immédiatement au-dessus de la vessie.

Sur la sonde utérine introduite par le vagin et enfoncée aussi haut que possible, que je perçois à travers la paroi utérine et qui me

sert de conducteur, j'incise le tissu utérin depuis le sommet de la tumeur jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de la vessie, dans une étendue d'environ 12 à 15 centimètres. Quelques jets de sang artériel partent des deux lèvres de l'incision utérine; le fil de caoutchouc est immédiatement serré d'une façon modérée et ses deux chefs sont pris dans une pince à pression.

Je suis tombé d'emblée dans la cavité utérine, et le fibrome apparaît avec sa surface blanche, régulière, emplissant cette cavité dans laquelle il est libre dans les deux tiers environ de sa périphérie. Alors commence l'énucléation proprement dite. Avec le doigt, je déchire la muqueuse et je pénètre entre le fibrome et le tissu utérin; le décollement se fait vite et assez facilement et doit être poursuivi dans l'étendue d'environ un travers de main. Au cours de ces manœuvres, je remarque que l'épaisseur des parois utérines est très variable suivant les points. A la partie antérieure et dans les points où il n'y a pas d'adhérence entre le fibrome et le tissu utérin, celui-ci a bien une épaisseur d'un centimètre; dans la partie adhérente, au contraire, il est mince, réduit à quelques millimètres d'épaisseur, et en un point il se produit une petite déchirure de la paroi d'environ un centimètre d'étendue.

Rapidement, le décollement est terminé, sans aucun écoulement sanguin, grâce à l'hémostase préventive, et le doigt peut parcourir toute la surface libre du fibrome jusqu'au niveau de l'orifice interne de l'utérus. Je me mets alors en devoir d'extraire cette tumeur libérée, pour la faire passer à travers les lèvres de l'incision utérine. Mais j'ai beau faire des tractions par en haut, relâcher le lien de caoutchouc, je ne puis amener la masse au dehors. La portion vaginale du fibrome, considérablement développée, est trop volumineuse pour repasser par l'orifice utérin qu'elle a franchi et au delà duquel elle s'est étalée et développée dans le vagin. Dans son ensemble, le fibrome a la forme d'un volumineux sablier dont l'étranglement correspond à la région du col.

Le parti à prendre est bien simple : j'enlève à grands coups de ciseaux toute la portion fibromateuse utérine en la sectionnant jusqu'au niveau du col; de suite, je morcelle par le vagin la portion inférieure de la tumeur devenue libre par la perte de ses connexions supérieures et je l'enlève par morceaux. Ce morcellement et cette extraction sont rapidement réalisés à l'aide de vigoureux coups de ciseaux et par des tractions avec les pinces de Museux. Lavage immédiat de la cavité vaginale.

Pendant ces manœuvres, l'utérus s'est rétracté et est revenu sur lui-même, absolument comme après l'accouchement : ses parois ont repris de l'épaisseur et de la consistance, et la cavité n'est guère que le double de la cavité d'un utérus normal. Les lambeaux de muqueuse utérine décollée sont réséqués; toute la cavité est essuyée avec une compresse imbibée de sublimé au 1/2,000, et je procède au dernier temps, à savoir à la suture de l'utérus.

Pendant toutes ces manœuvres, le fil de caoutchouc est resté très

modérément serré, et il n'y a presque aucune tendance au saignement soit par les lèvres de la plaie, soit par la muqueuse de l'utérus. Il m'est facile de faire la suture à loisir, opérant toujours tout à fait hors du ventre. Dix-huit fils de soie phéniquée, stérilisée par l'ébullition, sont placés avec l'aiguille de Reverdin et intéressent toute l'épaisseur des parois, sauf la muqueuse. Trois fils sont placés isolément sur la petite déchirure accidentelle faite vers le fond de l'utérus. La fermeture do la plaie utérine est parfaite; une injection poussée par le vagin jusque dans l'utérus fait voir qu'aucune goutte de liquide n'apparaît au niveau de la ligne de réunion. L'utérus est bien essuyé et réintégré dans la cavité abdominale.

L'opération se termine par la suture de la paroi du ventre à la soie phéniquée, sans drainage, et le pansement compressif habituel. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée. Le tout a duré quarante minutes; le pouls de la malade faiblit vers la fin de l'opération, et il est pratiqué deux injections sous-cutanées d'une seringue d'éther.

La perte de sang a été insignifiante et n'a certainement pas atteint 100 grammes. Les portions fibromateuses retirées atteignent le poids de 1,250 grammes.

Les suites de cette intervention furent tout à fait simples et comparables à celles d'une laparotomie de difficulté moyenne. La température eut son maximum le soir du troisième et du quatrième jour à 38°,2; le pouls s'éleva le deuxième jour au soir à 120, avec une température de 37°,4. Cette circonstance m'a semblé assez fréquente dans le cas où l'intervention a intéressé l'utérus; elle n'est pas comparable à la disproportion du pouls et de la température qu'on observe dans la septicémie péritonéale et n'a pas la même signification pronostique. Le huitième jour, ablation des fils de la paroi; réunion par première intention. Depuis l'opération, il ne s'est fait aucun écoulement par le vagin.

La malade sort un mois plus tard en parfait état.

L'opération que j'ai pratiquée se rapproche d'un procédé opératoire d'ablation des fibromes qui a été exécutée par Martin (de Berlin), Doléris et Terrier. Ces chirurgiens ont énucléé des fibromes en incisant le tissu utérin, après laparotomie, en décollant la tumeur de sa capsule et en terminant l'opération par la suture de la poche utérine qui reste après l'énucléation de la tumeur. Mais, dans la plupart des cas, il s'agissait de myomes inclus dans les parois utérines, encore interstitiels, et n'ayant pas pénétré dans la cavité de l'utérus. A ce point de vue, l'opération que j'ai conçue et exécutée diffère notablement des interventions précédentes; je l'ai précisément faite parce que je savais ou croyais pouvoir supposer que le fibrome était presque libre dans la cavité de l'utérus, que dans ces conditions l'énucléation serait facile et ne se ferait que sur une surface peu étendue. Elle m'a paru réaliser une intervention rationnelle, dans laquelle je pourrais agir à ciel ouvert,

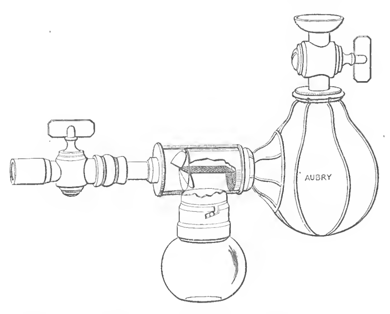
me rendre compte et maître des difficultés et des complications et opérer plus vite et plus sûrement que par les manœuvres prolongées et incertaines du morcellement vaginal.

Je ne considère cette intervention que comme devant s'appliquer à un nombre de cas restreints et bien définis ; elle m'a été inspirée par la connaissance exacte des divers temps de l'opération césarienne, à laquelle elle peut être comparée. En tout cas, elle m'a donné un résultat parfait, et, malgré sa complication apparente, elle appartient à la classe des opérations de chirurgie conservatrice.

Présentation d'instrument.

M. Horteloup présente, au nom de M. le Dr Ed. Wickham, un aspirateur vésical construit par M. Aubry sur les indications de M. Wickham.

Cet aspirateur se compose : 1° d'une poire en caoutchouc formant, comme dans tous les aspirateurs, pompe foulante et aspi-



rante ; 2° d'un ajutage pour la sonde avec robinet ; 3° d'une boule en cristal destinée à recevoir les graviers. Cette boule est placée au-dessous d'un cylindre en nickel, réunissant la poire en caoutchouc et l'ajutage de la sonde ; ce cylindre est divisé en deux

étages par un grillage; l'étage supérieur laisse passer l'eau allant de la poire à la vessie; l'étage inférieur, l'eau ramenant de la vessie les fragments de calcul. Ce double courant s'obtient au moyen de deux soupapes s'ouvrant en sens inverse, comme l'indique la figure.

L'aspirateur Wickham, comme celui de notre collègue M. Bazy, rend impossible le renvoi, dans la vessie, d'un gravier aspiré. Mais il m'a semblé présenter sur tous les autres aspirateurs plusieurs avantages qui m'ont engagé à vous le présenter.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure pour voir combien son mécanisme est simple; on pout le remplir complètement d'eau; l'ouverture qui donne passage aux graviers est presque le double de celle qui se trouve dans les autres aspirateurs; on peut le nettoyer avec la plus grande facilité et obtenir ainsi une asepsie aussi absolue que possible.

Élections.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Votants : 20. — Majorité : 11.

MM.	Polaillon, élu	18 voix.
	Th. Anger, élu	18 —
	G. Marchant, élu	20 —
	Delens	2 —
	Jalaguier	2 —

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 7 mai 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Bulletin de la Société de médecine de Rouen*, 28e année, 1889; 2e série, t. III. Rouen, 1890;

3° *Mémoires de la Société russe de médecine de Varsovie*, t. I, fasc. 3. Varsovie, 1890;

4° *Actes de l'Académie de Siene*, 4e série, t. II, 1890.

A propos du procès-verbal.

M. Marchand. M. Bouilly nous a communiqué dans la précédente séance un cas de myomctomie avec ouverture de la cavité utérine très remarquable à divers points de vue. C'est d'abord l'innocuité parfaite de la large ouverture de la cavité utérine, grâce à une suture parfaite, très analogue, sinon identique, à celle qu'il avait exécutée dans un cas d'opération césarienne. C'est ensuite la rareté relative de cette variété de myomotomie, dont les observations sont peu fréquentes.

La raison de cette rareté est probablement la réunion des conditions spéciales que doivent présenter les parties pour qu'elle soit exécutable. Il est nécessaire, en effet, que l'utérus soit assez élevé et suffisamment mobile pour qu'il puisse être attiré au dehors après la section abdominale, et que l'on puisse au besoin transformer la myomotomie commencée en une amputation supra-vaginale.

En second lieu, pour que tout puisse être mené à bien, il faut que le fibrome soit encapsulé, se présente dans des conditions

anatomiqnes considérées peut-être à tort comme fréquentes, car dans deux cas que j'ai observés assez récemment j'ai pu me convaincre, pièces en main, que les relations des tumeurs fibreuses avec le tissu utérin sont souvent bien plus intimes qu'on ne le signale généralement.

Dans les derniers mois que je passai à l'hôpital Cochin, on amena dans mon service une femme de 42 ans que des pertes avaient profondément anémiée. Le teint était d'une pâleur cireuse, le pouls extrêmement petit et rapide. Depuis 15 mois elle avait eu d'abondantes ménorrhagies d'abord, puis des pertes continuelles qui peu à peu l'avaient amenée dans l'état où elle se trouvait. Au moyen de la palpation bi-manuelle, je constatai que l'utérus, de forme régulièrement sphérique, avait le volume d'une très grosse orange. Il s'était de plus abaissé vers le plancher pelvien, puisque malgré son augmentation de volume il ne dépassait pas l'arcade pubienne. Il était mobile, et se déplaçait avec une grande facilité.

Le col était assez entr'ouvert pour que le toucher intra-utérin fût facile. Je constatai l'existence d'un fibrome remplissant la cavité utérine, que le doigt contournait facilement et qui était implanté par une large surface à la face postérieure de l'utérus.

Si les conditions générales l'avaient permis, c'est l'énucléation, qui dans l'espèce semblait très facile, à laquelle j'eusse donné la préférence.

La malade s'éteignit la deuxième nuit qui suivit son admission dans le service.

A l'autopsie, sur l'utérus isolé, après section de la paroi antérieure, je tentai de pratiquer dans les meilleures conditions, comme on le voit, l'énucléation du fibrome. A mon grand étonnement, je ne pus y parvenir. Le tissu de la tumeur était à ce point confondu avec le tissu de l'organe, qu'il n'existait entre eux aucune ligne sensible de démarcation.

Sur une coupe verticale, il était impossible de dire où commençait l'un, où se terminait l'autre. Rien n'eût été plus facile, en morcellant cette tumeur, que de dépasser ses limites et d'arriver même aux extrêmes confins du muscle utérin, sans que rien pût avertir du danger.

L'année dernière, au mois d'octobre, on amena dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine une femme âgée de 47 ans, complètement épuisée par des pertes qui duraient depuis 18 mois. Cette femme n'avait jamais eu d'enfant; le début de ces pertes avait été attribué aux troubles menstruels qui préludent à la ménopause.

L'examen de cette malade me fit immédiatement découvrir une tumeur abdominale arrivant jusqu'à deux travers de doigt de

l'ombilic. Cette tumeur était oblongue, bien régulière, ayant absolument la forme de l'utérus à 5 mois de grossesse. Elle était, par contre, d'une consistance très ferme dans toute son étendue.

Le toucher vaginal faisait constater que le col était effacé, dilaté, présentant absolument la forme et presque la minceur qu'il prend chez les primipares au début de la période dite de dilatation.

La cavité cervicale était remplie par une masse solide que le doigt contournait facilement; en avant il était bientôt arrêté cependant par les attaches de la tumeur à l'utérus.

La cavité de l'organe, extrêmement dilatée, permettait l'introduction en totalité de l'hytéromètre, qui contournait sans arrêt en arrière et sur les côtés la masse néoplasique.

Je me trouvais donc en face d'un volumineux fibrome, inséré très largement à la face antérieure du corps de l'utérus et de la cavité cervicale.

Je ferai observer en dernier lieu que la vulve et le vagin étaient d'une étroitesse et d'une rigidité excessives, et telles qu'elles apportaient une gêne considérable aux explorations nécessaires.

L'état de la malade commandait une décision rapide, car son état était très sérieux.

Je songeai tout d'abord à la myomotomie; mais après quelques hésitations, je repoussai cette idée. Je craignais de ne pouvoir faire saillir suffisamment l'utérus hors de la cavité abdominale et de me créer de très grosses difficultés si, une fois le ventre ouvert, je ne parvenais point à pédiculiser suffisamment l'utérus pour établir commodément l'hémostase provisoire.

L'étroitesse extrême du conduit vulvo-vaginal ne pouvait se prêter aux manœuvres nécessaires pour le morcellement. Je me décidai à sectionner, au moyen de l'anse galvanique placée aussi haut que possible, la partie du néoplasme qui était saillante dans le col. Je mis ce projet à exécution, et pus enlever une partie du fibrome grosse comme le poing environ. Cette excision ne produisit point, ainsi que je l'avais pourtant constaté deux fois, un amendement sensible des accidents. L'excitation développée par la section ignée réveilla, au contraire, l'excitabilité utérine. De fortes douleurs expulsives survinrent, et quatre jours après ma première intervention je crus devoir inciser, avec des ciseaux cette fois, une masse un peu moins volumineuse que la première, mais qui était venue prendre sa place dans le col. Deux jours après, la malade succombait, épuisée par l'anémie et les souffrances.

J'éprouvais un certain regret de n'avoir pas pratiqué d'emblée, comme j'en avais eu l'idée, la myomotomie avec ouverture de la cavité utérine; mais l'autopsie me révéla des particularités qui me

firent me féliciter de n'avoir point commencé une opération qu'il eût été impossible de mener à bien.

La section de la paroi abdominale effectuée comme dans une opération régulière, il me fut absolument impossible d'amener l'utérus au dehors, telle était la rigidité de ses ligaments. J'incisai la paroi antérieure de l'utérus, et parvins difficilement à tomber dans une cavité très amplifiée. La partie supérieure du fibrome avait été intéressée par ma section. Je tentai d'énucléer ce dernier et il me fut impossible d'y parvenir. J'isolai complètement l'utérus et le retirai, je pratiquai une section verticale passant au travers du fibrome, dont les insertions inférieures atteignaient la face antérieure de la cavité cervicale. Je constatai que là encore, ainsi que je l'avais déjà vu une première fois, il existait une fusion intime entre le tissu du fibrome et le tissu utérin, que rien ne pouvait permettre de distinguer leur limite respective, que toute tentative d'énucléation devait conséquemment ne pas aboutir.

Communication.

De la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne,

Par M. Quénu.

M. Schwartz nous a rapporté dans la dernière séance une observation de M. Moure dans laquelle l'amygdalotomie pratiquée chez un enfant fut suivie d'hémorrhagie secondaire. Je profite de cette occasion pour dire ici quelle est ma pratique en fait d'hypertrophies amygdaliennes, et cela spécialement chez l'enfant.

A mon avis, l'amygdalotomie est une opération qui doit disparaître et céder le pas à une thérapeutique plus simple et absolument inoffensive, la galvano-puncture. Chez l'adulte, les dangers d'hémorrhagie ne sont pas excessivement rares à la suite d'amygdalotomies, lorsque celles-ci ont été faites trop près de la dernière poussée inflammatoire. Je rappelle, sans y insister, les cas où cette opération réputée si bénigne fut suivie de mort, entre des mains autorisées pourtant, l'accident fatal étant survenu par le fait de la chute sur la glotte de fragments d'instruments cassés ou de morceaux d'amygdale. On ne peut véritablemont déclarer complètement inoffensive une opération qui compte à son passif quelques cas de mort.

En face de ce mode d'intervention, la galvano-puncture n'a

donné que des succès ; elle est facile à faire, à peine douloureuse ; je pense qu'elle mérite réellement d'être vulgarisée.

Les consultations pour les maladies d'oreille, que je dirige depuis trois ans et demi au dispensaire Pereire, m'ont donné l'occasion de voir beaucoup d'amygdales hypertrophiées : je compte actuellement plus de 150 malades qui ont été opérés soit par moi, soit par mes assistants. Voici comment je procède. Et d'abord l'instrumentation. Il ne faut pas se servir du thermocautère, l'introduction du fer rougi dans la bouche effraye les enfants ; leurs mouvements les exposent à des brûlures de la langue, du voile du palais, etc. ; le galvano-cautère, au contraire, est introduit froid jusque sur l'amygdale : une simple pression sur le bouton de la manette amène immédiatement au rouge le petit cautère [1].

Si on veut obtenir des résultats rapides, il ne faut pas se contenter de toucher la surface de l'amygdale, il faut enfoncer en plein organe, chauffer alors activement, puis chauffer légèrement en retirant l'instrument afin de le dégager des petites eschares qui lui adhèrent. Je fais ainsi en général trois cautérisations profondes sur chaque amygdale. Cette petite opération est rapidement faite, peu douloureuse, au point que la plupart des enfants qui ont plus de 6 ou 7 ans s'y prêtent très docilement et ouvrent spontanément la bouche. Chez les indociles, il est très commode de se servir du petit ouvre-bouche de M. Collin ; on essuie rapidement avec une petite éponge montée les mucosités que les cris du petit malade ont chassées vers l'isthme du gosier et on procède à la cautérisation.

Les suites de l'opération sont des plus simples, on peut se borner à prescrire des aliments liquides et permettre les sorties habituelles. La petite eschare, d'un blanc grisâtre, met de six à dix jours à s'éliminer, suivant les cas ; je n'ai vu qu'une seule fois survenir un peu de réaction inflammatoire, c'était chez une petite fille que j'avais dû opérer (comme elle n'était que de passage à Paris) en plein catarrhe aigu des voies respiratoires supérieures.

Je conseille d'attendre au moins dix jours avant de procéder à une deuxième cautérisation : par le fait de la première, l'amygdale est fractionnée en trois ou quatre mamelons qu'on attaque alors à la deuxième séance opératoire. Chez les enfants, il m'a parfois suffi de deux séances ; trois sont souvent nécessaires ; je n'en ai jamais

[1] Nous disposons au dispensaire d'une source électrique qui nous permet d'avoir dans chaque salle de consultation une prise d'électricité que nous réglons au moyen de boîtes de résistance graduée (voir *Bull. Soc. chir.*, 1889, et *Progrès méd.*, 1889).

fait plus de quatre : le résultat définitif n'est acquis que plusieurs semaines après l'intervention; mais, dès la première cautérisation, on obtient déjà une entrée de l'air suffisamment facile et large.

Cette méthode est également applicable chez l'adulte; bien que mon expérience soit ici beaucoup moins grande, je puis dire que j'en ai obtenu d'excellents résultats, en ayant soin seulement de faire les cautérisations plus étendues et de les répéter un peu plus.

Discussion.

M. CHAUVEL. J'ai pratiqué soixante fois au moins, et chez l'adulte, l'amygdalotomie. Je n'ai jamais observé d'hémorrhagie inquiétante, primitivement ou secondairement, L'excessive durée du traitement par la cautérisation chez l'adulte (et tout compte fait cinq mois seraient nécessaires) empêchera la généralisation de cette méthode.

M. QUÉNU. Je maintiens que les hémorrhagies secondaires sont loin d'être rares chez l'adulte; d'autres accidents tout aussi graves ont été signalés, du reste, et suffiraient par eux-mêmes à justifier la préférence que je donne à la cautérisation.

Chez les jeunes gens de 18 à 19 ans, il faut trois à quatre séances séparées par quinze à vingt jours d'intervalle, ce qui porte à deux mois tout au plus la durée totale du traitement.

M. SÉE. La crainte des hémorrhagies secondaires ne m'engagera pas à modifier ma pratique, car je n'en ai jamais observé à la suite de l'excision des amygdales, lors même que ces dernières étaient volumineuses et saillantes. La simplicité du manuel opératoire, qui permet avec un peu d'habitude d'opérer en même temps les deux côtés, dépose en faveur de l'opération avec l'instrument de Fahnestock, bien que l'extirpation soit plus radicale avec celui de Velpeau, dont le maniement exige les deux mains.

M. VERNEUIL. C'est surtout chez l'adulte qu'il faut préférer la cautérisation à l'excision, car l'hémorrhagie est inévitable chez eux si l'opération est trop rapprochée de la période inflammatoire, ou si la section porte trop profondément au voisinage de la paroi pharyngienne.

D'une façon générale, je préfère le bistouri à l'amygdalotome, puisqu'il est bien plus facile de mesurer avec cet instrument la portion de la glande qu'on se propose d'exciser. Il faut bien se garder de l'enlever en totalité, la résection partielle suffisant toujours à obtenir le résultat cherché.

Je rejette donc absolument l'excision complète chez l'adulte, et

ne l'exécute que si elle est commandée par la nature même de certaines lésions. Dans des cas de ce genre, je me suis servi avec grand avantage du serre-nœud de de Graefe, qui permet une éradication complète et met en garde contre l'hémorrhagie.

M. Championnière. J'ai pratiqué fréquemment chez les enfants l'excision des amygdales au moyen de l'amygdalotome, sans avoir eu aucune complication; il n'y a donc point lieu de rejeter absolument cette manière de procéder.

Chez l'adulte, j'ai été témoin de quelques accidents sérieux qui me rendront très circonspect pour l'avenir.

Ce sont d'abord deux malades opérés par Broca, dont l'un eut une hémorrhagie très grave dont on eut les plus grandes peines à se rendre maître, et l'autre une hémorrhagie foudroyante à laquelle il succomba en quelques instants.

Moi-même, j'ai eu dans ma pratique un malade qui a présenté une sérieuse complication de ce genre. Il s'agissait d'un jeune homme vigoureux, indemne de toute diathèse hémophilique ou paludéenne, qui me fut adressé pour que je lui fisse l'extirpation des deux amygdales, tellement dures et volumineuses qu'une intervention s'imposait.

Je pratiquai l'opération d'un côté avec l'amygdalotome de Charrière. Il ne s'écoula d'abord que peu de sang; mais, au bout d'une demi-heure, il survint une véritable hémorrhagie dont je ne vins à bout qu'après deux heures et demie de compression immédiate avec de la charpie imbibée d'ergotine. Si ce malade eût été renvoyé chez lui immédiatement après l'opération ou que je lui eusse pratiqué l'ablation des deux amygdales dans la même séance, nul doute qu'il n'eût couru les plus grands dangers.

Si donc, chez les enfants, il est permis d'avoir recours indifféremment à l'une ou l'autre méthode, il n'en est plus de même à un âge plus avancé.

M. Sée. Ce que j'ai dit s'applique surtout aux enfants. Ce sont eux qui ont fourni le plus fort contingent à mon expérience.

Présentation de pièce.

Hystérectomie sous-vaginale.

M. Terrillon. L'opération pratiquée par M. Bouilly, et dont il a donné la relation dans la dernière séance, est très intéressante, et le procédé choisi a aussi une grande importance. Comme d'autres

chirurgiens, j'ai égalcment enlevé des fibromes encapsulés dans le fond de l'utérus, après avoir attiré l'organe au dehors et appliqué un caoutchouc sur sa partie la plus inférieure. Mais il est des cas dans lesquels cette méthode ne peut être appliquée; aussi faut-il être très circonspect dans le choix du procédé opératoire.

Je viens vous présenter une pièce que j'ai enlevée hier sur une femme de 49 ans, et qui prouve que l'ouverture du fond de l'utérus n'aurait pu donner aucun résultat, car on aurait rencontré un fibrome non pédiculé, quoiqu'il fût en partie libre dans la cavité utérine.

Cette pièce pèse 5 kilogrammes. Il s'agissait d'une femme qui présentait une tumeur abdominale volumineuse, à accroissement progressif, qui remontait à l'ombilic.

Des hémorrhagies abondantes et répétées l'épuisaient depuis une année environ.

Par l'examen avec l'hystéromètre, je constatai que le fibrome faisait saillie dans la cavité très agrandie. L'instrument pouvait en faire le tour. Mais je n'avais aucune notion de l'étendue du pédicule. J'avais d'abord eu l'idée de l'enlever par la méthode du *morcellement*, après avoir dilaté ou même sectionné le col de l'utérus. J'ai étudié cette méthode dans un travail lu devant la Société de chirurgie en 1889. Mais le volume de la tumeur me fit craindre des difficultés et des accidents; je me proposai donc de l'enlever par la laparotomie et d'essayer de décortiquer le fibrome en fendant le fond de l'utérus.

L'opération fut pratiquée le 2 mai.

Après avoir ouvert le ventre, j'attirai l'utérus au dehors, mais incomplètement, à cause de la brièveté des ligaments larges. Cela me rendait difficile l'application d'un caoutchouc sur la partie inférieure de l'utérus; je renonçai donc à faire la décortication et me disposai à enlever l'utérus en le coupant au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Les deux ligaments larges furent sectionnés et liés solidement, un caoutchouc placé sur le col et la tumeur coupée au-dessus du lien de caoutchouc.

La section tombait sur la cavité utérine, dont la partie supérieure était occupée par un gros fibrome kystique, implanté par une base énorme dans le fond de l'utérus et se confondant avec sa paroi.

Je vis donc nettement, et cette pièce le démontre, que toute tentative d'ablation en coupant l'utérus et en voulant conserver cet organe eût été illusoire.

Le pédicule fut régularisé, désinfecté et finalement abandonné dans le bassin avec son lien de caoutchouc.

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 44.7.80. Le gérant : G. Masson.

Présentation d'appareil.

Présentation d'une étuve à stériliser les pansements (étuve Sorel)[1].

Par M. Quénu

On sait qu'un des plus grands progrès réalisés dans la technique de la stérilisation consiste à utiliser la vapeur d'eau saturée sous pression. En effet, lorsqu'on place dans une étuve à air sec des substances à stériliser, on constate qu'il faut les maintenir pendant deux heures à une haute température, telle que 140 ou 144°, pour obtenir un bon résultat; mais, de plus, si l'objet est un peu volumineux et d'une certaine nature, la pénétration de la chaleur se fait avec plus de lenteur encore : Straus [2] nous apprend qu'en mettant dans une étuve une couverture de laine enroulée on peut élever la température de l'étuve à 160°, sans qu'au bout de trois heures un thermomètre placé au centre de la couverture dépasse 70°. Nous tenons de M. Sorel que de même une capsule pleine d'eau suspendue dans une étuve sèche dont la température dépasse 130° n'arrive pas toujours à l'ébullition. Il est en somme admis, par tous ceux qui s'occupent de bactériologie, que l'air sec est un moyen médiocre de stérilisation, parce qu'il faut pour détruire les germes élever l'étuve à une température telle que la plupart des objets en sont plus ou moins altérés. Les études de Grancher et Gariel, de MM. Gruber, Straus, Nocard, etc., aboutissent toutes, au contraire, à cette conclusion que « la vapeur d'eau sous pression à 110 et à 115° agissant pendant quinze à vingt minutes détruit tout ce qui a vie (Straus) ».

C'est en s'inspirant de ces données scientifiques que M. Sorel, chef du laboratoire de chimie de M. Pereire, a construit pour le dispensaire Pereire une étuve à stériliser les pansements dont je présente ici le dessin. Avec cette étuve, la stérilisation des pansements se fait pour ainsi dire en deux temps : *dans un premier temps*, l'ouate, la gaze, etc., introduites dans ce cylindre métallique sont stérilisées à 130° sous une pression de 1k 1/2 dans la vapeur d'eau saturée; *dans un deuxième temps*, les substances imprégnées de vapeur d'eau sont rapidement desséchées grâce à une disposition très ingénieuse de l'appareil imaginé par M. Sorel. Et, d'abord, voici comment est obtenue la stérilisation. L'étuve se compose d'une sorte d'autoclave dans lequel on introduit un cy-

[1] Adnet, constructeur.

[2] *Arch. de méd. expér.*, 1890.

lindre en laiton dont le fond, à jour, est seulement muni d'un grillage métallique ; en haut le cylindre porte une collerette qui fait joint sur deux caoutchoucs, de sorte que la vapeur ne peut s'échapper que par l'intérieur du cylindre à travers les substances à purifier. Dans le fond de l'autoclave existe une rigole annulaire qui reçoit de l'eau. Les parois de l'autoclave sont creuses et renferment de la glycérine; elles sont chauffées par le gaz ; la température du bain est maintenue constante grâce à l'emploi d'un régulateur d'Arsonval.

La rigole de l'autoclave étant remplie d'eau et l'appareil chauffé, on introduit le cylindre rempli des objets à pansements, puis on ajuste le couvercle de bronze de l'appareil, en laissant ouvert le robinet qu'il porte à son sommet, jusqu'à ce que la vapeur s'échappe bruyamment ; l'air est ainsi expulsé, et on sait que c'est une condition essentielle pour la stérilisation.

Le robinet est alors fermé, la distillation continue parce que le couvercle rayonne, et l'eau condensée retombe par un orifice circulaire ménagé dans la collerette du cylindre. Il y a ainsi mouvement continu de la vapeur, et celle-ci porte tous les points du cylindre à une température uniforme. La pression s'élève rapidement et se fixe à 1^{k} 2/3 (correspondant à 130°), chiffre auquel le régulateur a été fixé une fois pour toutes.

Au bout de dix minutes, l'opération peut être arrêtée, la stérilisation est accomplie.

Dans le deuxième acte, on dessèche les pansements : pour cela on ouvre un robinet qui fait communiquer l'autoclave avec un tuyau vertical d'assez gros calibre situé en dehors de l'appareil, et dans lequel on fait couler de l'eau froide ; cette eau aspire et condense la vapeur dégagée par les tissus mouillés; ceux-ci, étant maintenus chauds par le rayonnement de l'enveloppe, laissent rapidement évaporer l'eau, et lorsque le manomètre accuse le vide, les tissus sont secs.

Il ne reste plus qu'à rendre l'air pour pouvoir ouvrir l'appareil. Comme garantie, on fait rentrer l'air à travers un tube de platine enroulé en spirale et porté au rouge, grâce à un petit bec à gaz. Alors, on ouvre l'autoclave et on fixe les couvercles du cylindre. Le fonctionnement de cet appareil est pour ainsi dire plus difficile et plus long à décrire qu'à diriger, il a suffi d'en faire une fois la démonstration aux sœurs du dispensaire pour qu'elles soient tout à fait mises au courant de toutes ces petites manœuvres.

J'ajoute que l'appareil mis en train, il ne faut que dix minutes pour stériliser un deuxième, troisième cylindre, etc.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt qu'il y a pour nous, chirurgiens, à posséder des pièces de pansements absolument

dénuées de germes; il devient ainsi possible de substituer, ainsi que j'essaye de le faire depuis quelques mois, l'asepsie à l'antisepsie, au moins dans les cas où la région à opérer n'a pas été préalablement contaminée par la présence d'un trajet fistuleux ou l'existence d'un foyer suppuré. Cette étuve me sert notamment à stériliser les tampons d'ouate dont nous nous servons tous couramment en guise d'éponges.

D'après les données théoriques du début, la stérilisation devait être obtenue d'une façon parfaite avec notre étuve. Je ne m'en suis pas tenu là. Il y a quelques mois déjà des pièces de pansement avaient été essayées au laboratoire de M. Grancher : le résultat des cultures avait été négatif.

M. Albarran a bien voulu, sur ma demande, reprendre cette étude de contrôle. Il a essayé :

1° Le coton dont nous nous servons pour les pansements, sur gélatine et sur bouillon;

2° Un ancien cathéter (après dix minutes d'étuve sur bouillon de peptone);

3° Plusieurs autres instruments métalliques, d'acier, etc.;

4° Une vieille sonde en gomme sur bouillon placé à l'étuve à 33°.

Toutes ces épreuves sont restées négatives et ont démontré que le but cherché était scientifiquement atteint avec l'appareil de M. Sorel.

Communication.

De l'occlusion intestinale aiguë,

Par M. Routier, chirurgien des hôpitaux.

Les hasards de la clinique m'ont procuré dans ces derniers temps l'occasion de voir un certain nombre d'occlusions intestinales : j'ai toujours trouvé le diagnostic si difficile, et partant la conduite à tenir si pleine d'incertitudes, que j'ai cru devoir vous soumettre ces faits.

Voici d'abord les observations typiques :

Obs. I.— Le 10 janvier 1890, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Lariboisière pour une femme atteinte d'obstruction intestinale ; voici son histoire.

D'une bonne santé habituelle, elle eut, à la suite de couches, il y a 10 ans, une péritonite assez grave, et resta habituellement très constipée.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, vers deux heures du matin, elle fut brusquement éveillée par une douleur vive siégeant dans la région du côlon transverse.

Dès le matin du 9, elle commença à vomir, et n'eut plus dès lors ni selles, ni gaz. Le soir, les vomissements devinrent fécaloïdes à la suite d'un purgatif qui lui avait été administré; ils l'étaient encore quand je la vis.

Le 10 à 6 heures du soir, quand j'arrivai auprès d'elle, le facies était angoissé, les yeux un peu caves, le pouls petit, filiforme, très rapide ; la température était de 37°,6; la langue était humide, et à chaque instant elle avait des renvois et rendait des gorgées de matières fécaloïdes.

Le ventre était gros, sans cependant présenter un ballonnement extrême, la sonorité exagérée partout; à gauche, à la hauteur de l'ombilic, existait une région douloureuse de la largeur de la paume de la main ; cette douleur était exagérée par la pression et la percussion: le reste du ventre était indolent.

Dans cette région douloureuse, je sentais à la palpation une induration qui me parut être autre chose que de la contracture musculaire. Les internes présents à mon examen ne purent arriver à percevoir cette même sensation.

Le toucher vaginal me permit seulement de sentir un gros utérus fort peu mobile, et dont la mobilisation était douloureuse.

Le toucher rectal ne m'apprit rien, sinon que les pressions exercées vers la gauche étaient douloureuses, tandis que partout ailleurs elles étaient indolentes.

En face de ces signes, je n'hésitai pas à diagnostiquer un étranglement interne, je ne dis pas une obstruction, et n'ayant pas sous la main tout ce qu'il aurait fallu pour essayer un lavement électrique, je procédai à la laparotomie.

Ceci se passait dans le service de mon excellent maître et ami M. le Dr Berger, ce qui me permit d'opérer sur l'heure et dans de très bonnes conditions.

A peine l'abdomen ouvert par une courte incision sous-ombilicale et commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, il s'écoula une assez grande quantité de liquide louche, si bien comparé par mon excellent ami M. Bouilly à du bouillon sale.

Je pus voir des anses de l'intestin grêle distendues et congestionnées, tandis qu'à côté d'autres parties de ce même intestin étaient affaissées et décolorées.

Introduisant deux doigts dans la cavité, tout me parut libre, en bas et à droite ; mais à gauche je sentis un corps tendu, d'une dureté ligneuse que je ne saurais mieux comparer, et pour l'aspect, et pour la forme, qu'à un demi-disque de bois qui aurait eu 15 centimètres de diamètre environ.

M. Berger entra à ce moment dans la salle d'opération, et je pus lui faire constater *de visu* ces diverses particularités. J'agrandis l'incision ; il fut facile avec des éponges de maintenir l'intestin dans l'abdomen; attirant alors l'intestin distendu, et le refoulant à mesure sous

la paroi abdominale vers l'hypochondre droit, je dévidai ainsi environ 80 centimètres d'intestin, jusqu'au moment où je sentis une résistanee. Attirant alors toujours avec ménagement, j'amenai vers la ligne médiane de façon à la voir une partie de l'intestin distendu qui semblait plonger dans un trou analogue à un collet herniaire, et dans lequel je ne pus introduire un doigt : des tractions douces me permirent de faire sortir do ee trou environ 1 mètre d'intestin qui semblait se gonfler à mesure qu'il se dégageait; puis, tout d'un coup, j'eus la sensation d'une résistance vaincue, tout le paquet intestinal sembla reprendre son aspect normal au point de vue du volume, et il me fut impossible de retrouver soit la région dure dont j'ai parlé, soit ce qui formait cet anneau.

Sauf la couleur, qui était restée foncée sur certaines régions, l'intestin me paraissait reprendre sa circulation ; j'épongeai avec soin les hypochondres et le petit bassin ; je constatai le gros volume de l'utérus qui était un peu rugueux à la surface ; les annexes étaient suffisamment libres ; je refermai le ventre.

Le tout avait duré une demi-heure environ.

La malade est guérie, et je l'ai revue depuis bien portante. Sa guérison fut eependant un peu retardée par une pneumonie ou plutôt une broncho-pneumonie qu'il serait difficile de rapporter à l'influence de l'étranglement interne ou à la forte épidémie d'influenza qui régnait alors à Paris.

Obs. II.— Le 18 novembre 1888, j'étais appelé par M.A..., interne de l'hôpital Laënnec, qui m'envoyait chercher pour que je lui fasse la laparotomie, convaincu qu'il était atteint d'étranglement interne. Trois jours auparavant, à la suite d'un dîner chez son chef de service, il avait été pris d'une vive douleur dans le ventre, à droite, et avait dû se mettre au lit. M. le Dr Ferrand constata le jour même le ballonnement du ventre et la sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite, et conseilla un purgatif salin qui ne produisit aucun effet.

Dans la journée, le ventre augmentait de volume, et la température atteignait 38°.

Le lendemain, nouveau purgatif, sans résultat autre que des vomissements ; dès ce moment, l'état du malade va s'aggravant d'une façon inquiétante. La fièvre monte à 39°, la langue se sèche, les vomissements sont incessants, la sensibilité du ventre est très exagérée.

C'est alors que notre malheureux collègue ayant fait son diagnostic d'étranglement, et eonvaincu qu'il était fatalement condamné, m'envoya chercher et me demanda de lui ouvrir le ventre comme *ultima ratio*.

Quand j'arrivai auprès de lui, le facies était grippé, le pouls filiforme, la langue sèche, les vomissements fécaloïdes, le ventre sensible partout.

Le toucher rectal me permit de constater que l'ampoule était vide ; mais je crus un moment sentir au-dessus comme un cylindre d'invagination.

Cette sensation avait été perçue par mon collègue Michaux, ami intime du malade.

De concert avec les Drs Ferrand et Michaux, je fis appeler notre confrère le Dr Larat pour essayer un lavement électrique avant de recourir à l'ouverture du ventre.

Je dois dire que notre diagnostic à tous était très incertain. Heureusement, l'électricité eut raison de l'occlusion, qui était causée par un simple amas de matières, dont le point de départ était sans doute une assez grande quantité d'os de mauviette non mastiqués, qui se retrouvèrent dans les selles; un os s'implanta même dans la muqueuse de la région anale et dut être retiré avec une pince. Le même phénomène s'était sans doute produit plus haut et avait occasionné tous ces accidents.

Notre collègue A... est aujourd'hui en bonne santé; nous espérons qu'il n'aura plus besoin de nous pour semblable besogne.

Obs. III. — *Occlusion intestinale simulée par une péritonite suppurée.*

Le 22 mars 1890, j'étais appelé par les docteurs Herbert et Labadie-Lagrave auprès d'une Américaine qui présentait des signes d'occlusion aiguë.

Cette dame, âgée de 47 ans, avait fait la traversée douze jours auparavant, et avait été très fatiguée par le mal de mer. Depuis son arrivée elle n'avait pas été complètement bien; cependant elle se promenait tous les jours.

Le 18 mars avaient commencé des symptômes plus graves : douleurs de ventre, vomissements et suppression des selles.

Quand je vis cette dame, le pouls était bon à 80, la température de 37°, 5, et quoique le facies fût un peu grippé, la langue et la voix étaient bonnes.

Le ventre était très peu ballonné, assez souple pour permettre la palpation, qui ne provoquait de douleurs que dans une région limitée entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure gauche ; là, on sentait une sorte d'empâtement en boudin qui simulait un intestin plein de matières.

Le toucher vaginal difficile, car elle était vierge, permettait de sentir un utérus petit, avec un petit fibrome à droite; mais cet utérus était immobile, et à gauche on sentait un empâtement répondant à celui que décelait la palpation.

Cet empâtement était encore mieux perçu par le toucher rectal ; on avait alors presque la sensation donnée par les hématocèles ; mais la tumeur tout à fait à gauche de l'utérus était pâteuse, si bien que je crus pouvoir affirmer une obstruction par arrêt des matières.

Les vomissements étaient devenus rares ; l'absence de douleurs diffuses dans le ventre, l'état de la langue, du pouls et de la température, me firent affirmer qu'il n'y avait pas de péritonite.

Nous fûmes d'accord pour essayer un lavement électrique, et notre confrère le Dr Larat l'administrait le soir à 11 heures.

Il y eut de suite émission de gaz par l'anus et de quelques parcelles de matières.

Le lavement fit diminuer le ballonnement ; la malade fut mieux, si bien qu'il fut répété une seconde fois le 23 au matin, et une troisième fois le 23 au soir. Le résultat fut encore le même, émission de gaz et expulsion de très petites parcelles stercorales. L'ampoule rectale était toujours vide ; ce faible résultat inquiétant les médecins, je fus redemandé, et trouvai la malade à peu près dans le même état que la veille, avec cependant une légère aggravation. Cependant le pouls restait calme, la température basse (37°,5), la langue humide et le ventre souple, sauf sur la région empâtée.

Convaincu de plus en plus qu'il s'agissait d'une obstruction par amas de fèces, il fut convenu que nous endormirions la malade, et que j'essayerais d'aller à travers l'anus dilaté chercher à dégager l'intestin engorgé que nous supposions devoir être l'S iliaque, et que, dans le cas où cette tentative serait infructueuse, je ferais sur-le-champ un anus contre nature sur la ligne médiane.

La première partie de ce programme fut remplie le 24 au matin, mais je n'atteignis pas les matières. J'allais faire l'anus contre nature, lorsque le Dr Labadie-Lagrave voulut auparavant essayer le lavement au siphon. J'introduisis une sonde œsophagienne aussi haut que possible, et deux siphons furent lancés dans l'intestin, l'eau ressortait à mesure ; cependant il se produisit une distension de tout le gros intestin tellement accentuée que, l'occlusion continuant, il fallait bien abandonner l'idée d'obstacle dans l'S iliaque.

Je pensai alors faire un anus contre nature à droite ; mais à peine le péritoine ouvert et le cæcum gonflé écarté, je constatais des adhérences entre les anses intestinales ; je ramenai des fausses membranes verdâtres.

En face de cette péritonite purulente, il ne nous restait que la ressource bien précaire d'un lavage, que je pratiquai aussitôt par une incision médiane ; il sortit un bol de pus environ et je lavai à l'eau bouillie jusqu'à ce qu'elle sortît propre ; je dépouillai une anse d'intestin de grosses fausses membranes verdâtres, et refermai le ventre.

La malade avait été endormie une heure vingt-cinq minutes environ.

Dès le soir, le pouls s'affolait, les extrémités se refroidissaient, et elle succomba dans la matinée du lendemain, vingt-deux heures après notre intervention.

Obs. IV. — *Occlusion intestinale chronique. Cancer de la partie supérieure du rectum. Anus contre nature sur le cæcum.*

Ch. F..., âgé de 57 ans, entra le 11 juin 1888 à l'hôpital Laënnec pour une occlusion intestinale. Il avait, en effet, des vomissements fécaloïdes, un tympanisme énorme, mais un état général bien meilleur ou au moins beaucoup moins mauvais que ne le comportait une pareille situation.

Les accidents avaient débuté vers le 8 mai, c'est-à-dire un mois

avant, par des coliques violentes suivies de vomissements; au bout de quelques jours, le malade avait eu une diarrhée profuse avec du sang, et tout était rentré dans l'ordre.

Cette même série d'accidents s'était reproduite le 20 mai, puis le 26 mai, enfin le 8 juin, et c'est pour cette dernière atteinte qu'il entrait dans le service. M. Nicaise, qui était présent et qui venait d'observer un cas à peu près analogue, me conseilla de temporiser; le malade fut soumis à une diète absolue, sauf quelques fragments de glace et des lavements vineux; on pratiquait deux fois par jour le lavage stomacal, deux fois aussi on administrait le lavement éléctrique de Boudet, de Paris.

Le ballonnement rendait toute palpation impossible; le toucher rectal ne nous apprit rien.

Ce traitement purement médical nous donna d'abord un mieux sensible; vers le 20 juin, Ch. F... pouvait prendre 300 grammes de lait et le digérait; il rendit à deux ou trois reprises quelques matières par le fondement.

Mais, le 27, le mal revint, le ballonnement reprit sa dureté du début, les vomissements reparurent, de sorte que le 29, toujours conseillé par M. Nicaise, je pratiquai l'anus artificiel dans le flanc droit, me proposant d'ouvrir l'intestin grêle; mais, l'incision faite, le cæcum nous parut très distendu; c'est lui qui fut ouvert, et il s'écoula de suite 2 litres 3/4 de matières jaunâtres, liquides, horriblement fétides et mêlées de gaz.

Le 2 juillet, le malade rendit par l'anus des matières noirâtres.

Le 9, la faiblesse devenait extrême, et le malade mourait le 10.

A l'autopsie, nous trouvâmes un cancer annulaire de la partie supérieure du rectum, et quatre brides cicatricielles portant sur diverses parties de l'intestin grêle et sur l'S iliaque. Ces brides causaient des rétrécissements, mais non l'occlusion, qui était le fait du cancer.

Obs. V. — *Occlusion intestinale. Cancer de l'S iliaque.*

C..., âgée de 35 ans, entrait, dans la journée du 16 novembre 1889, à l'hôpital Beaujon, pour des phénomènes d'occlusion intestinale datant de huit jours.

Cette femme, forte et habituellement bien portante, avait eu, six semaines avant, des accidents analogues qui avaient cédé à l'emploi des purgatifs.

Cette fois, la douleur abdominale n'avait pas de siège précis, le ballonnement, assez prononcé, était général; les vomissements, qui existaient depuis le début, avaient beaucoup augmenté depuis un dernier purgatif donné la veille de son entrée.

La température était normale, le pouls bon, quoiqu'un peu rapide. Ni le toucher vaginal ni le toucher rectal ne nous donnant d'indication, le diagnostic resta très incertain.

Avant de rien entreprendre, je fis demander mon excellent confrère et ami le docteur Larat, qui, avec son obligeance habituelle, voulut bien

administrer un lavement électrique ; celui-ci n'ayant donné aucun résultat, je résolus de faire la laparotomie.

L'incision sous-ombilicale et médiane me permit d'introduire deux doigts qui tout de suite arrivèrent sur une masse dure à laquelle adhérait l'épiploon, situé vers le détroit supérieur en avant et à gauche.

Cette adhérence de l'épiploon empêchait même les anses intestinales très distendues de faire saillie par la plaie.

Malgré toute la douceur que j'apportais dans cette exploration, cette manœuvre eut pour effet de provoquer une perforation intestinale décelée par l'issue immédiate de gaz et de matières.

Espérant que cette adhérence épiploïque étendue constatée par moi servirait de barrière contre l'irruption des matières dans la cavité péritonéale, alors que leur issue au dehors par l'incision me paraissait très facile, vu la proximité de la perforation, je plaçai quatre gros drains entre la partie déclive de mon incision et la partie adhérente et perforée de l'intestin ; je le répète, l'épiploon m'avait tout le temps masqué la vue des anses intestinales.

Malgré cela, la malade succombait le lendemain soir à une péritonite suraiguë, et l'autopsie montrait un cancer annulaire de 8 centimètres de long siégeant sur l'S iliaque, dont la lumière était complètement obstruée par le bourgeon cancéreux. La perforation siégeait juste au niveau du bord supérieur de l'anneau cancéreux, et admettait le doigt.

Ces quelques observations, si différentes à certains points de vue, si rapprochées d'autre part à cause de la similitude de plusieurs symptômes, me permettent de ramener devant vous cette question si difficile du diagnostic et par là même du traitement de l'occlusion intestinale.

J'espère soulever une discussion d'où sortira peut-être une règle plus sûre sur la conduite à tenir dans ces cas d'habitude si complexes et si embarrassants.

Le diagnostic ici, plus encore que partout ailleurs, serait le meilleur guide ; mais, vraiment, il est bien difficile, et, pour ma part, je ne connais pas de signe certain pouvant permettre de se prononcer hardiment sur la vraie cause de l'occlusion. Celle-ci n'est en effet qu'un symptôme, qu'un résultat; le facteur qu'il nous importerait tant de connaître nous échappe le plus souvent.

Il semble qu'un diagnostic ferme n'a guère été porté que dans les cas d'occlusion chronique; or, je ne veux envisager ici que les cas d'occlusion aiguë.

J'ai cherché à éclaircir ces divers points dans les publications parues sur ce sujet, et j'ai consulté notamment la thèse de notre ami et collègue Peyrot, de 1880; une statistique portant sur 295 cas dressée par Reginald Fitz, dans le *Boston med. journ.*, en 1888, et comprenant les cas publiés depuis 1880 ; enfin, une

statistique qu'a bien voulu me communiquer notre excellent confrère et ami le Dr Larat et qui comporte 64 cas.

L'étude de toutes ces observations montre que le diagnostic a rarement été complet, et nous aurions pu relever des erreurs en face des plus grands noms de la chirurgie.

Sur les 64 cas de la statistique de Larat, 12 fois seulement on fit le diagnostic ; je me hâte d'ajouter que sur ces 12 cas 3 se rapportent à de volumineux cancers connus depuis longtemps, 4 autres sont les suites de laparotomies laborieuses, une fois il s'agissait d'une typhlite, une autre fois d'une hernie engouée ; restent enfin 1 cas d'étranglement interne aigu et 1 cas d'obstruction simple par amas de matières qui ont été vraiment diagnostiqués, c'est-à-dire 2 sur 64.

Si je me reporte maintenant aux malades que j'ai observés, et si je compare ces diverses observations entre elles, il est facile de voir que le même symptôme se trouve quelquefois également accusé dans des cas très différents.

La douleur, par exemple, lorsqu'elle est brusque et fixe, devrait être un signe d'étranglement interne dans le sens étroit du mot ; je l'ai trouvée en effet dans mon observation I : cette femme racontait très nettement qu'elle avait senti brusquement à 2 heures du matin, dans son lit, une douleur vive dans le ventre, qui depuis avait toujours occupé la même place ; ce signe, rapproché de la sensation de tuméfaction que me fournissait la palpation, fut d'un grand poids dans ma décision d'ouvrir le ventre.

Mais ce même signe, je l'ai retrouvé dans l'observation II ; c'est ce qui fit croire au patient, interne distingué des hôpitaux, qu'il avait un étranglement, et c'est pour ce motif qu'il voulait que je lui fisse la laparotomie ; or, le lavement électrique et la nature des matières rendues nous ont prouvé surabondamment qu'il s'agissait là tout simplement d'obstruction par matières.

Dans l'observation III, qui est un cas de péritonite purulente, la douleur n'avait pas eu, il est vrai, la brusquerie d'apparition constatée dans nos deux premières, mais elle existait depuis le début des accidents, à un point fixe où la palpation permettait de sentir une tuméfaction et où la pression augmentait beaucoup cette douleur.

Les vomissements, leur date d'apparition, leur fréquence et leur nature ne peuvent pas non plus nous fournir de signes certains. Ils étaient fécaloïdes dans les 2 cas de cancer de l'intestin que j'ai rapportés, et avaient pris ce caractère de très bonne heure. Ils étaient à peine à noter dans mon observation de péritonite purulente.

On a beaucoup écrit sur la valeur du tympanisme; sans rappeler

ici ce qu'a dit Laugier sur sa forme, qui permettrait de déterminer où siège l'obstacle, je rappellerai que plus récemment Wahl, en 1889, in *Arch. für klin. Chir.*, parlant surtout des cas de torsion de l'intestin, dit qu'on peut, d'après le tympanisme, diagnostiquer le siège de la coudure, parce que l'anse coudée est seule tympanisée, tandis que l'intestin au-dessus ne se laisse pas distendre et se vide par les vomissements. Il rapporte trois cas dans lesquels il a fait la laparotomie, et il compte deux guérisons.

C'est ce que j'ai observé chez ma malade de Lariboisière, traitée par la laparotomie et guérie : une partie de l'intestin grêle était affaissée, l'autre partie distendue; c'est en suivant celle-ci que je parvins à lever l'obstacle, que je ne saurais du reste pas reproduire.

Que dire de la fièvre ? elle devrait manquer dans l'étranglement, exister au contraire dans la péritonite ; or, ce symptôme est aussi incertain et aussi trompeur que les autres.

Elle n'existait pas, il est vrai, dans le cas d'étranglement interne que j'ai observé; mais elle était très vive chez notre collègue, où l'obstruction n'était due qu'à une accumulation de matières, et, par contre, elle a manqué dans le cas de péritonite suppurée.

Somme toute, le chirurgien, dans la grande majorité des cas, malgré toute la sagacité possible, n'arrivera qu'à un diagnostic douteux, basé sur des probabilités; on comprend que cette incertitude n'est pas faite pour tracer une conduite thérapeutique toujours au bénéfice du patient ; aussi, nous semble-t-il qu'il y aurait quelque intérêt à bien montrer qu'il ne faut pas s'acharner à se diviser en deux camps, entérotomistes et laparotomistes, pour cette seule raison que ce sont deux opérations qui ne répondent pas du tout aux mêmes cas, et que bien souvent, là où celle qui convient n'a pas été employée, l'autre est nuisible.

Cette difficulté, cette incertitude de diagnostic, nous permettent de comprendre la division plus apparente que réelle, je crois, qui règne parmi les chirurgiens au point de vue de la conduite à tenir. Deux opérations, comme je viens de le dire, semblent en effet diviser les suffrages, l'entérotomie d'une part, la laparotomie de l'autre ; sans remonter aux origines de cette division, je rappellerai qu'ici même, au sein de la Société, il y a eu ces deux camps toutes les fois qu'il s'est agi d'occlusion intestinale.

En 1885, par exemple, à propos d'un rapport de M. Terrier sur une observation de laparotomie de M. Jeannel suivie de guérison, à laquelle il en ajoutait une tirée de sa pratique personnelle, mais suivie de mort, M. Berger rappelait qu'il avait déjà cité 3 cas désastreux de laparotomie, et y ajoutant une quatrième observation, terminée aussi par la mort, concluait en disant qu'il fallait revenir à l'entérotomie de Nélaton.

Un an après, cependant, à propos d'un succès de M. Quénu, obtenu par la laparotomie, soulevant incidemment la question du lavage stomacal dans l'occlusion, M. Berger jugeait ce moyen dangereux, comme pouvant endormir l'opérateur par une diminution temporaire des symptômes ; il penchait donc vers l'intervention. Mais déjà, lors de la discussion de 1885, MM. Le Fort, Monod et Terrier préféraient la laparotomie à l'entérotomie, parce qu'elle permet au chirurgien de savoir ce qu'il fait ; et M. Monod citait la statistique de Schramm portant sur 190 cas et donnant 58 0/0 de mortalité.

Cette même année, M. Tillaux, dans un rapport sur un travail de M. Auffret, adoptait la phrase suivante tirée du mémoire de l'auteur, qui nous paraît être la vérité sur la matière : « Nous nous refusons de faire un parallèle entre la laparotomie et l'entérotomie, car ce sont deux opérations qui correspondent à des indications différentes; cette dernière (l'entérotomie) s'adresse surtout aux cas à marche lente. »

En 1887, M. Kirmisson faisait un rapport sur trois cas d'occlusion traités par M. Heydenreich, l'un par l'entérotomie, l'autre par la laparotomie, le troisième par l'électricité, ce qui mieux que tout raisonnement prouve, disait M. Trélat, qu'il n'y a pas un traitement de l'occlusion, mais des méthodes qui doivent varier avec les cas.

Cependant, cette même année 1887, M. le professeur Verneuil venait défendre devant vous l'entérotomie, et, insistant sur les difficultés du diagnostic complet de l'occlusion, terminait sa communication par cette conclusion qui surprend : quand il n'y a pas de diagnostic, faites l'entérotomie.

Mais MM. Le Fort, Terrier, Trélat, Kirmisson, s'élevèrent contre cette manière de voir, et, retournant la proposition de M. Verneuil dirent : quand il n'y a pas de diagnostic, c'est le cas de préférer la laparotomie.

A l'étranger, il semble qu'on préfère en général la laparotomie; au quinzième congrès des chirurgiens allemands, Madelung, s'occupant des cas aigus, insiste surtout sur les difficultés matérielles de la laparotomie, et dit que ces considérations lui feraient préférer l'entérotomie.

Quoi qu'il en soit, quand on n'intervient pas d'une manière ou d'une autre, la mort est fatale, et arrive 50 fois sur 100 du deuxième au cinquième jour, d'après Farquhar Curtis.

Si lo traitement médical a pu donner 31 0/0 de guérisons dans l'intussusception, il a toujours été inutile dans le volvulus ou l'étranglement vrai.

Ce même auteur, qui a fait une longue étude de la laparotomie

et de l'entérotomie, et qui, à notre avis, a eu le tort de comparer ces deux opérations, arrive à ces chiffres :

Sur 328 cas de laparotomie......	68,0 0/0	de mortalité.
Sur 62 cas d'entérotomie........	48,7	—

Il faudrait, pour leur donner une valeur, dépouiller sa statistique, rechercher chaque observation et bien peser les circonstances ; nombre de laparotomies sont faites *in extremis* alors que le malade n'a vraiment plus aucune chance de se sauver.

Plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, je veux insister sur la différence entre l'occlusion à marche aiguë et l'occlusion à marche chronique. Dans cette dernière, les moyens médicaux et l'anus contre nature seront le plus souvent suffisants.

Mais dans l'occlusion à marche aiguë, la conduite me semble devoir être beaucoup plus ferme, et si les chirurgiens sont quelquefois divisés sur certains points, ils me semblent tous être d'accord sur celui-ci, c'est que si on veut réussir il faut agir de bonne heure.

Il n'est plus un chirurgien aujourd'hui qui, en face d'une hernie étranglée ou même d'accidents herniaires simulant l'étranglement, perde son temps à donner des purgatifs à son malade ; il en serait de même sans doute si nous avions l'occasion de voir les occlusions au début ; en pratique, ce sont les médecins qui soignent ce genre d'affections, et le chirurgien n'est appelé le plus souvent que quand il est bien avéré que malgré purgatifs, lavements, etc., etc., ni gaz, ni matières ne sortent par l'anus.

Au contraire, l'occlusion devrait être traitée chirurgicalement dès le début ; il faudrait proscrire, comme pour les hernies, les purgatifs de toute sorte, qui ne font qu'affaiblir les malades, augmenter les vomissements et le tympanisme.

Dès qu'il est avéré qu'il y a occlusion, que ni matières, ni gaz surtout, n'ont plus leur libre cours, il faudrait d'emblée recourir au lavement électrique tel que l'ont décrit et souvent employé avec succès Boudet, de Paris, d'abord, Larat ensuite ; que si ce lavement n'était suivi d'aucun résultat, eh bien ! il faudrait intervenir.

Je passe tout de suite condamnation sur la pratique de Kümmell, qui me semble bien dangereuse ; cet auteur fait d'emblée une grande incision abdominale, sort à l'extérieur tout le paquet intestinal pour bien voir ce dont il s'agit. Nous savons trop combien l'intestin supporte peu le contact de l'air pour oser conseiller une semblable pratique.

N'ayant en vue que les cas aigus, nous croyons que l'entérotomie ne remplit guère les indications pour peu que le diagnostic

soit incertain : aussi conseillons-nous la laparotomie médiane, qui sera suivie soit de la suppression de l'obstacle, soit de la formation d'un anus contre nature suivant le cas ; celui-ci sera alors établi en connaissance de cause.

Comme Madelung, avant d'endormir le malade qu'on doit opérer, nous conseillons le lavage préalable de l'estomac dans le seul but d'éviter l'irruption dans l'arbre respiratoire des matières fécaloïdes septiques qui pourraient être vomies. Le lavage de l'estomac a encore été recommandé dans un autre but par Rydygier et L. Rehn. Au cours de la laparotomie, quand les anses intestinales tympanisées sorties de la cavité abdominale ne peuvent plus aisément y être replacées, cette manœuvre, d'après ces auteurs, faciliterait singulièrement la réduction de la masse intestinale.

L'incision devra être médiane, généralement sous-ombicale et suffisante pour permettre l'introduction de deux doigts ou même de la main ; des éponges bien aseptiques empêcheront les anses intestinales de sortir pendant la recherche de l'obstacle.

Cet obstacle, cet agent d'étranglement, sera ensuite autant que possible amené sous l'œil de l'opérateur, qui se décidera aussitôt sur la suite de la conduite à tenir.

Si l'étranglement peut être levé, il ne restera plus à faire qu'une toilette minutieuse du péritoine et la suture abdominale ; c'est ce que je fis dans mon observation I.

S'il est reconnu comme impossible de détruire cet obstacle, on pourra amener au bas de l'incision l'anse d'intestin immédiatement supérieure, la coudre à la paroi et l'ouvrir ; cet anus contre nature bien placé assurera la circulation ; de plus, comme il sera permanent, il devra être fait avec le soin nécessaire pour en assurer le bon fonctionnement.

La recherche de l'obstacle est souvent entourée des plus grandes difficultés, c'est pour la faciliter que Madelung a proposé l'incision temporaire de l'intestin pour le vider ; puis il cherche la cause de l'étranglement ; s'il la trouve et s'il peut la supprimer, il recoud l'intestin, replace le tout dans le ventre et referme : dans le cas contraire, l'intestin ouvert est cousu au bas de l'incision et un anus contre nature établi.

Si les divers chirurgiens dont nous avons consulté les publications diffèrent quelquefois sur la manière dont on doit se comporter, il est un point sur lequel tous sont d'accord, c'est qu'il faut opérer de bonne heure.

Quand on attend, en effet, on s'expose, quel que soit le genre d'occlusion, à voir se développer autour une péritonite qui, si elle n'est pas généralisée d'emblée et par suite mortelle, aura au moins l'inconvénient de rendre plus difficiles les manœuvres de dégage-

ment et multipliera les causes d'infection déjà si difficiles à écarter durant l'opération.

Nous croyons donc que, dans le cas d'occlusion intestinale à marche aiguë, surtout quand le diagnostic ne sera pas ferme, le chirurgien doit employer successivement et sans perdre de temps:

1° Le lavement électrique, qui sera, en cas d'échec, suivi :

2° De la laparotomie médiane,

3° De la recherche de l'obstacle,

4° De sa suppression, suivie de la fermeture du ventre et, en cas d'échec, de l'établissement d'un anus contre nature.

Présentation d'instruments.

M. Suarez de Mendoza présente des instruments qu'il a fait construire pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Schwartz, Nélaton, Quénu.)

Présentation de pièce,

Par M. Terrier.

Messieurs, la pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter paraît être un énorme myxo-lipome ; je l'ai enlevé le 3 mai dernier. Ce myxo-lipome était développé dans le mésentère, et me rappelant un cas analogue que j'avais observé jadis avec mon ami et collègue M. Bouilly, j'ai pu formuler le diagnostic exact de cette tumeur.

Voici en quelques lignes le résumé de ce fait intéressant :

Homme de 41 ans, demeurant à Saint-Omer, ayant encore son père et sa mère très bien portants; le malade est marié et a eu six enfants, dont cinq sont encore vivants. Sauf une variole contractée en 1870, pendant qu'il était prisonnier de guerre en Allemagne, cet homme n'a jamais été malade jusque dans ces derniers mois. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Il y a cinq mois, constipation, avec vomissements bilieux le matin, et parfois le soir; douleurs vagues dans le ventre, un peu de fièvre. Un mois après, c'est-à-dire en janvier dernier, le malade s'aperçoit qu'il a une tumeur abdominale, allongée et dirigée en bas et à gauche, et croisant la ligne médiane.

Depuis, la tumeur n'a cessé de s'accroître, l'état général a décliné et des vomissements sont survenus.

A son entrée à Bichat, où il m'est adressé par mon ancien interne M. Paul Mantel (de Saint-Omer), le malade est fort émacié et paraît très souffrant.

Le ventre fait une saillie arrondie, assez régulière ; il est rempli par une tumeur dure, indolore à la pression, assez bosselée et à peine mobile. Cette tumeur s'étend de quelques travers de doigts au-dessus de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, et latéralement elle s'étend jusqu'aux flancs. Entre deux lobes de la tumeur et à gauche on perçoit très nettement l'existence d'un peu d'ascite, qu'il faut refouler pour arriver sur la masse morbide.

Pas d'œdème des membres, ni des parois abdominales, qui ne sont pas vascularisées anormalement, comme il arrive dans d'autres cas, en particulier dans les tumeurs du foie ou des reins.

La masse intestinale est refoulée en haut et sur les côtés de la tumeur, vers les hypochondres. Le foie paraît normal et séparé de la masse de la tumeur.

Rien du côté de l'excrétion de l'urine, qui est normale en quantité et en qualité. Diminution de l'hémoglobine, pas de leucocytose.

Troubles digestifs assez accusés, inappétence et vomissements, constipation excessive.

En présence de ces symptômes, mettant de côté : 1° les néoformations du foie, vu la délimitation possible de l'organe, et l'absence de tout ictère; 2° une néoformation de la rate, vu l'examen du sang; 3° une néoformation du côté du rein, la tumeur ayant commencé à apparaître sur la ligne médiane, je me rappelai le fait observé par M. Bouilly et moi et je pensai à une tumeur soit de l'épiploon, soit du mésentère.

Quant à la nature de la néoformation, je penchais plus vers un sarcome que vers un lipome ou myxo-lipome, m'appuyant sur le développement excessif et rapide de la masse morbide.

Je résolus, le cas me paraissant presque désespéré, de faire au moins une incision exploratrice et de n'intervenir que dans le cas où la chose me paraîtrait possible.

L'opération fut pratiquée le 3 mai 1890 avec l'aide de mon ami et collègue le Dr Quénu.

Je fis une incision médiane d'abord sous-ombilicale jusqu'au pubis, puis je la prolongeai en haut jusqu'à moitié de la distance que sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde. Le péritoine ouvert il s'écoula un peu d'ascite visqueuse, puis apparut une énorme masse lobée en bas vers le bassin et d'aspect sarcomateux. A sa partie médiane, cette masse offrait des sillons assez profonds.

En plongeant la main et l'avant bras dans le ventre, entre la tumeur et la paroi, je constatai que cette néo-formation était absolument libre à droite et offrait un pédicule peu considérable. Je résolus de l'enlever si possible.

La tumeur fut donc enucléée en quelque sorte de l'abdomen d'abord par sa partie droite; à gauche elle est contournée de haut en bas par une longue anse d'intestin grêle, et il semble que la masse morbide

se soit extérieurement développée dans le mésentère de cette longue anse d'intestin, qui mesure plus d'un mètre d'étendue. Je pus m'assurer en outre plus facilement que cette tumeur paraissait pédiculée vers la colonne vertébrale.

Enlever la masse en la décortiquant dans le mésentère était impossible, et pouvait entraîner une perte de sang que le malade n'aurait pu supporter. De plus, l'anse qui contournait la tumeur eût été gravement atteinte dans sa nutrition. Je ne pouvais donc faire autre chose que d'enlever et la tumeur et la longue anse d'intestin grêle qui la contournait à gauche et de haut en bas.

Tout d'abord un lobe inférieur énucléé du bassin et qui saignait fut enserré par un tube plein de caoutchouc. Puis deux pinces courbes, furent placées aux deux extrémités de l'anse intestinale et sur le mésentère voisin. Cette anse fut sectionnée entre ces pinces. Des pinces à pression droite sont placées sur le mésentère de façon à le sectionner aussi jusqu'au pédicule de la tumeur. Quelques artérioles et veines sont en outre saisies avec des pinces américaines. La masse peut alors être pédiculisée en plaçant autour d'elle un tube de caoutchouc qu'on arrête avec un clamp de Mariaud. On résèque le pédicule et on enlève la tumeur.

Au clamp, on substitue alors un fil de soie serré qui arrête l'anse de caoutchouc. L'on résèque aussi près que possible ce qui reste de la tumeur excisée déjà. Ceci fait, les deux sections du mésentère furent rapprochées et unies par des fils disposés en anses; on en place ainsi quatre à cinq; puis retirant les longues pinces on lie les quelques vaisseaux qui donnent encore du sang.

Alors on rapproche et met en face l'un de l'autre les deux bouts intestinaux, saisis par des pinces courbes et on les abandonne un instant pour fermer l'abdomen en grande partie.

Cette suture fut assez rapidement faite avec des fils d'argent passés avec l'aiguille tubulée. On en mit environ une vingtaine.

En faisant la toilette du petit bassin, on s'aperçut qu'il renfermait des caillots provenant d'un écoulement assez abondant de sang par des vaisseaux de la paroi vésicale. Il existait là des adhérences vasculaires assez fortes, entre le lobe inférieur de la tumeur et la vessie. Ces adhérences furent liées avec deux fils de soie.

Revenant aux deux bouts de l'intestin situés l'un en face de l'autre et chacun obturés par une pince à pression courbe, je les réunis dans leur demi-circonférence profonde avec une première série de points placés sur le péritoine, puis par une deuxième série de points comprenant deux muqueuses adossées. A cet effet je ne me servis que de fil de soie très fin.

Cette demi-suture faite, je plaçai deux anses de fil, en haut et en bas de cette demi-circonférence, et les chefs de ces anses furent fixés aux téguments en les traversant de dedans en dehors.

Cette double suture me fixait mon anus contre nature à la peau, et sur la ligne médiane, au niveau de la partie supérieure de la région ombilicale.

Enfin, la séreuse des deux demi-circonférences intestinales non réunies, fut unie à la plaie des parties molles par quatre points de suture, deux de chaque côté, pour chaque lèvre. Quant à la muqueuse, elle fut unie aux téguments par 4 autres points de suture.

Ainsi était constitué un anus artificiel dont la demi-circonférence de deux anses réunis par des fils, formait l'éperon.

Le bout supérieur était assez facile à reconnaître, en admettant facilement l'index; quant au bout inférieur, il était plus étroit; toutefois, le doigt y passait aussi, en forçant un peu cependant.

La plaie et l'anus contre nature furent pansés avec des tampons d'ouate iodoformée et de la poudre de salol. Compresses de gaze au salol et ouate au salol.

L'opération a duré une heure et demie, on a utilisé 45 grammes de chloroforme.

L'opération fut bien supportée : le malade ne souffre pas, il n'a pas vomi et ne se plaint que de la soif. Urines faciles.

Pouls 116, respiration 24, température 37°.

La nuit fut bonne et calme. Le malade ne se plaint pas, 37°,5, il demande à prendre du lait.

Vers midi, nausées, auxquelles succède du hoquet ; un sommeil de deux heures est provoqué par une injection de morphine. Les urines sont abondantes, quelques gaz sortent par la plaie.

Pouls 132, resp. 24, temp. 37°,5.

Dans la soirée, vomissements aqueux, puis bilieux ; pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs.

L'opéré succombe vers 4 heures du matin ; les vomissements sont devenus noirâtres.

La tumeur pèse 25 livres ; elle est formée d'une masse énorme, arrondie, lobée vers sa partie moyenne et supérieure, lobulée à sa partie inférieure.

L'anse intestinale réséquée avec elle avait une longueur de 1 mètre 27 centimètres.

L'examen histologique de la tumeur, fait par mon ami le Dr Poupinel, a démontré que, contrairement à l'idée primitive, la tumeur était un sarcome fasciculé, offrant en de nombreux points la dégénérescence graisseuse, d'où l'aspect lipomateux de la masse morbide.

L'autopsie, faite 30 heures après la mort, par M. Louis, interne du service, donna les résultats suivants :

La plaie abdominale est partout réunie et les adhérences de ses bords sont déjà assez solides.

La suture intestino pariétale est intacte ; en un seul point on trouve gros comme une tête d'épingle de matière verdâtre d'aspect purulent. — La suture intestinale tient très bien ; les deux bouts de l'intestin sont distendus par des gaz et des liquides. Exsudat fibrineux, abondant autour de la suture intestinale, agglutinant les anses voisines, qui ne paraissent pas enflammées. — Adhérences de ces anses et de l'épiploon au-dessous du foie.

Ni liquide, ni sang dans le péritoine épaissi et ecchymosé au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Le pédicule de la tumeur, enserré par l'anse élastique, est en quelque sorte rétro-péritonéal et adhère aux parties voisines ; il contient des vaisseaux mésentériques du diamètre d'un centimètre. Pas de ganglions lymphatiques altérés ou engorgés.

L'estomac distendu par des gaz, renferme un liquide noirâtre, certainement formé par du sang altéré par le suc gastrique. Il y en a dans le duodénum. L'anus artificiel siégeait sur le jéjunum, plus près du pylore que du cæcum.

Foie, pancréas, rate, reins, poumons et cœur normaux. Quelques adhérences pleurales à droite.

Il résulte de cet examen, que la cause de la mort de notre opéré est fort obscure. Il faut rejeter le choc opératoire, la température n'ayant pas été au-dessous de 37°, et la perte du sang ayant été aussi minime que possible.

On ne peut admettre l'existence d'accidents péritonitiques infectieux, le péritoine étant indemne de tout épanchement suspect séreux, hémorrhagique ou purulent.

Faut-il faire intervenir des accidents réflexes avec congestion du côté de la muqueuse stomacale, d'où l'existence de sang altéré dans les vomissements ? Tout cela est possible ; fatalement, notre traumatisme opératoire a lésé de nombreux centres ganglionnaires du sympathique, mais cette action réflexe n'explique pas grand' chose, selon nous.

Notons qu'il y a eu une sorte de parésie réflexe de l'intestin au niveau de l'anus contre nature, car celui-ci ne donna issue qu'à des gaz, et les matières intestinales ne s'étaient pas encore écoulées au dehors.

Dans sa thèse d'agrégation faite en 1886, M. Victor Augagneur a réuni 16 observations de ces tumeurs qui atteignent, on le voit, un volume considérable.

Contrairement à ce qui est admis en particulier par Terrillon, la tumeur que nous avons enlevée ne s'implantait pas sur de larges surfaces, et n'était pas née des fosses iliaques.

Malgré son rapide développement, elle n'avait pas poussé de trop grands prolongements et était restée enclavée entre les deux lames du mésentère. Toutefois, un fait intéressant à rappeler, ce sont les adhérences de la tumeur par un de ses lobules, au fond de la vessie ; adhérences très vasculaires et nécessitant deux ligatures de soie.

C'est précisément cette pédiculisation facile de la néoformation qui me conduisit à intervenir et à ne pas me borner à une laparotomie exploratrice.

Le résultat fatal de l'intervention n'a pas trop lieu de nous étonner; en effet, sur 8 opérations citées par Augagneur, et dues à : Terrillon, Homans, Péan, Spencer Wells et Madelung, on a 6 morts rapides.

Est-ce à dire pour cela que l'intervention doive être contre-indiquée? nous ne le pensons pas, l'évolution du mal entraînant une mort rapide, certaine, et la nature de la tumeur pouvant être considérée comme maligne.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 14 mai 1890.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. HORTELOUP, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. CHAUVEL, demandant un congé jusqu'au mois d'octobre pour raison de service.

A propos du procès-verbal.

1° *Etranglement interne et laparotomie.*

Par M. CHARLES MONOD.

Je tiens à joindre aux faits que vous a communiqués M. Routier le suivant, qui est un exemple d'intervention heureuse dans un cas d'étranglement aigu de l'intestin grêle.

D.., (1) 18 ans, garçon boucher, entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Monod, salle Dupuytren, n° 26, le 25 mars 1890. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. C'est au milieu de la plus parfaite santé que ce jeune homme, le 22 mars dernier, à la suite de son déjeuner de midi, presque en sortant de table, a été pris subitement de violentes douleurs du ventre. Il essaye sans succès d'aller à la selle. Le ventre se tend, les douleurs augmentent. Il s'y joint dans la soirée de ce jour des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux.

Les accidents persistant et s'accentuant, il est adressé à M. Monod par M. le docteur Hirne, et conduit à l'hôpital dans la matinée du 25 mars. Son état est alors le suivant : ventre ballonné, uniformément distendu ; les régions correspondant au gros intestin ne le sont pas plus que la partie médiane. Douleurs spontanées, coliques, pendant lesquelles on voit les anses intestinales se dessiner sous la peau. La palpation réveille les douleurs et ne peut être supportée ; ni selles, ni gaz. Le malade affirme n'avoir absolument rien rendu par l'anus depuis le début des accidents. Les vomissements ont cessé depuis la veille.

Le facies est coloré; il exprime un état de vive souffrance. Pas d'abattement; il y a au contraire un peu d'agitation et une impatience qui s'explique aisément. La langue est sèche, la soif vive. Température normale.

Le diagnostic s'impose. Il y a évidemment, obstruction aiguë de l'intestin, mais sans péritonite apparente. M. Monod, d'accord avec son collègue M. Marchand prié par lui d'examiner le malade, ne croit pas devoir donner de purgatifs. Il applique de la glace sur le ventre, prescrit une piqûre de morphine, et fait demander au docteur Larat de vouloir bien venir essayer l'électrisation directe de l'intestin. Si ce moyen échoue, il aura dès le lendemain recours à l'intervention opératoire.

26 *mars*. Le lavement électrique donné hier soir a été sans résultat. L'état général et local est toujours le même. Ventre ballonné; aucune évacuation. Température normale. Pas de vomissements.

Comme il avait été décidé la veille, on procède à l'opération.

Opération à dix heures du matin, en présence du docteur Larat, avec le concours de MM. Caniot, Hélary et Mauny, internes de service. — Chloroformisation sans incidents. Paroi abdominale minutieusement nettoyée au savon, à l'éther, puis mouillée avec la solution de sublimé à 1/1000. Toute la surface du ventre, moins la partie médiane, est garnie de compresses tièdes, stérilisées dans l'autoclave.

Incision médiane de 5 à 6 centimètres, prolongée en haut et en bas jusqu'à 12 centimètres environ. Le péritoine ouvert, il s'écoule un liquide transparent jaune clair peu abondant; puis, aussitôt, les anses de l'intestin grêle dilatées et très rouges se présentent dans la plaie et tendent à s'échapper au dehors.

1 Observation recueillie par M. Hélary, interne du service.

La main introduite dans le ventre va à la recherche de l'obstacle. Cette exploration est d'abord infructueuse. Elle n'aboutit qu'à faire sortir du ventre de nouvelles anses dilatées qui sont immédiatement abritées sous des compresses humides et chaudes. M. Monod en attire même au dehors de nouvelles, pour se faire de la place et pouvoir s'aider de la vue en même temps que du toucher pour une exploration nouvelle.

Ecartant alors fortement en dehors la lèvre droite de la plaie, il aperçoit profondément dans le flanc droit une anse intestinale affaissée qui frappe par son petit volume et par sa coloration blanchâtre; c'est évidemment une portion d'intestin située au-dessous de l'obstacle. Il suffira, pour trouver celui-ci, de suivre cette anse, qui servira de fil conducteur.

Cette manœuvre réussit. Les doigts glissés le long de l'anse affaissée en la suivant de bas en haut, puis de haut en bas sont bientôt arrêtés par une partie dure dans laquelle l'intestin paraît engagé, partie située au niveau de la fosse iliaque droite et qui semble comme appliquée à la face postérieure de la paroi abdominale. Une légère traction exercée sur l'anse ne la dégage pas; il faut y joindre une action directe sur la partie dure qui l'enserre; celle-ci paraît alors se décoller de la paroi ou du moins s'ouvrir sous la pression des doigts. Toujours est-il que l'intestin devient libre et que la portion étranglée peut être amenéo dans la plaie.

On constate alors que l'étranglement serré, exactement circulaire, occupait toute la circonférence de l'intestin, comme si celui-ci avait été engagé dans un anneau étroit. Cette disposition ne peut du reste être longtemps observée. Presque aussitôt et sous nos yeux l'intestin délivré reprend son calibre normal, et il ne reste de la disposition sus-décrite qu'une ligne circulaire qui la rappelle. Au niveau de la partie étranglée, la séreuse est dépolie et comme érodée, mais les tuniques intestinales aucunement entamées.

Sans chercher à se rendre compte plus exactement de la nature de l'agent de l'étranglement on se hâte d'achever l'opération, de réduire le paquet intestinal resté au dehors pendant ces manœuvres, rapidement menées d'ailleurs, et de fermer le ventre.

La réduction de l'intestin se fait aisément. La plaie est fermée par une suture à 3 étages : péritoine, muscles, peau ; les deux premières au catgut, la troisième au crin de Florence. Pansement : gaze iodoformée, sachets de poudre antiseptique, ouate et bandage de flanelle. Durée de l'opération, 35 minutes.

Les suites furent des plus simples. A 2 heures après midi, débâcle de matières liquides et de gaz. Température du soir 38°. Le lendemain matin elle tombe à 37°,3, et elle reste à ce niveau les jours suivants, le matin, pour s'élever entre 37°,6 et 38° le soir. Le ventre n'est plus douloureux. Pas de vomissements. Selles faciles.

Les sutures furent enlevées le 2 avril ; la guérison définitive fut retardée par la désunion partielle de la plaie, mais sans que jamais il n'y eut lieu d'avoir aucune crainte du côté du péritoine.

Je voudrais, au sujet de cette observation, faire une double remarque.

La première est que, dans les cas de ce genre, il y a une grosse part à faire à la chance ou, si l'on veut, à un heureux concours de circonstances qui assurent le succès, alors que, malgré toutes les habiletés et toutes les précautions opératoires, on aboutit ailleurs à un échec certain.

Chez notre malade, les circonstances heureuses étaient : 1° que, sur le conseil d'un confrère avisé, il est arrivé à l'hôpital peu après le début des accidents, à un moment où il était encore temps d'agir utilement ; 2° que l'obstacle a été aisé à trouver; il était fort heureusement placé à droite; comme je m'étais mis moi-même pour opérer, suivant mon habitude, à la droite du malade, j'ai pu presque aussitôt, comme il a été dit plus haut, voir l'anse intestinale affaissée, qui m'a promptement conduit sur le point rétréci; le paquet intestinal distendu a bien été tenu hors du ventre, mais pendant un temps relativement court, et surtout il n'a pas été nécessaire de le dévider sur une grande étendue, pour découvrir l'agent de l'étranglement; 3° enfin, l'obstacle trouvé, il a cédé facilement sous le doigt, sans acte opératoire nouveau ; 4° je pourrais ajouter que le malade était jeune et en parfait état de santé antérieure.

Donc, opération précoce, rapidement et simplement conduite, chez un homme jeune et en bon état, toutes conditions excellentes qui expliquent le succès.

Ma seconde remarque est que cette laparotomie a été faite à l'hôpital, et à l'hôpital Saint-Antoine, de funeste mémoire ; dans ma salle d'opérations ordinaire, nouvellement aménagée, il est vrai, et tenue dans un état de propreté parfaite, où néanmoins je suis obligé d'opérer les cas les plus divers, voire même ceux où le pus est de la partie ; en présence enfin des élèves de service, à l'heure de la visite matinale. C'est dire qu'avec de la propreté personnelle, un bon matériel, des aides, sûrs, on peut, sans recourir à un isolement absolu, ouvrir un ventre, pratiquer une opération délicate, et cependant réussir.

Ce n'est pas que je veuille dire que tout ait été hasard heureux et bonne chance dans ce cas. Je me félicite 1° de n'avoir pas donné de purgatifs, presque toujours inutiles, souvent dangereux ; 2° de m'être contenté d'une électrisation, à laquelle il était de mon devoir d'avoir recours ; 3° d'avoir, cette tentative ayant échoué, immédiatement pris le parti d'opérer ; 4° cela va presque sans dire, d'avoir mis en œuvre toutes les ressources de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La ligne de conduite que j'ai suivie est précisément celle que

recommandait M. Routier à la fin de sa communication, dans notre dernière séance ; c'est, je crois, celle qui est adoptée par la plupart d'entre nous.

Je termine en rappelant que, depuis trois ans que je suis chargé d'un service actif dans un hôpital central, j'ai eu quatre fois occasion de faire des laparotomies d'urgence. Dans un cas, c'était à la suite d'un coup sur l'abdomen, j'ai trouvé dans le ventre un épanchement sanguin énorme dont je n'ai pu découvrir la source ; le malade a rapidement succombé. Dans un autre, il s'agissait encore d'un traumatisme : coup de revolver dans le ventre ; je constate que la balle a perforé le foie et ne peut être extraite ; mort prompte. Le troisième se rapproche plus en apparence de celui que je viens de rapporter ; les accidents étaient récents et rappelaient ceux d'une occlusion intestinale ; mais celle-ci n'était qu'apparente ; le ventre ouvert, je vis qu'il y avait rupture de l'intestin au-dessus d'un cancer de la partie supérieure du rectum ; je nettoyai de mon mieux ; j'établis un anus contre nature ; mort dans la nuit. Mon quatrième cas est celui qui fait l'objet de la présente note ; c'est le seul où le succès était possible.

De semblables faits ne doivent pas nous faire conclure qu'il ne soit pas utile d'intervenir et surtout d'intervenir promptement ; mais ils montrent, une fois de plus, que, si certains cas peuvent bénéficier de l'opération, beaucoup d'autres demeurent au-dessus de toute ressource chirurgicale.

2° *Péritonite purulente ayant présenté tous les sympômes d'une obstruction intestinale, guérie par la laparotomie,*

Par M. Marchand.

Quelques jours avant que M. Monod ait observé le malade dont il vient de rapporter la si intéressante observation, j'avais eu l'occasion, dans mon service, de pratiquer la laparotomie chez un malade dont le cas est loin d'être dépourvu d'intérêt.

Il témoigne de l'embarras dans lequel on peut être au point de vue clinique, sur l'opportunité et le choix d'une intervention, lors même que des accidents abdominaux graves semblent la commander.

Les accidents, en effet, ne présentent point toujours, tant s'en faut, cette netteté si désirable qui permet de soustraire le malade aux dangers des atermoiements de médications trop souvent funestes, par les retards qu'elles apportent à une tentative opératoire décisive.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré le 16 mars dernier dans mon

service pour des accidents devenus subitement graves, mais dont l'origine remonte à deux ans environ. Il raconte que, depuis cette époque, il souffre de constipations très opiniâtres. Il se passe peu de mois où il n'ait à souffrir de cet inconvénient pendant plusieurs jours ; parfois même il a des vomissements et des coliques.

Ces phénomènes n'ont jamais acquis pourtant une intensité dangereuse ; ils cessent spontanément et sont suivis par une diarrhée qui dure quelques jours.

Ces alternatives de constipation et de diarrhée pourraient donner à penser que notre malade présente une apparence débile et plus ou moins cachectique. Il n'en est rien, et sa constitution semble avoir peu souffert jusqu'ici. Il a conservé un certain embonpoint; son facies est même quelque peu coloré. Il est sobre, du reste, par principe, dit-il, et de plus par nécessité, car les inconvénients dont il est atteint l'astreignent à un régime assez sévère.

Le vendredi 14 mars, la constipation durant alors depuis quelques jours, il fut pris de douleurs assez vives dans le ventre. L'obstruction de l'intestin, qui n'avait jamais été absolue, est devenue complète ; les gaz même ne passent plus. Le ventre se ballonne et devient très sensible. Le samedi, l'état s'aggrave encore, nonobstant un purgatif qui lui fut administré par son médecin. Le dimanche, enfin, il fut dirigé par ce dernier sur l'hôpital Saint-Antoine, à l'effet d'y subir l'opération que nécessiterait son affection.

Les internes du service jugèrent le cas assez grave pour recourir aussitôt aux conseils de M. Picqué, qui venait de pratiquer une kélotomie.

Après examen, notre collègue ne jugea point qu'une intervention urgente s'imposât. Le soir même, le malade fut pris de vomissements d'aspect fécaloïde (me dit-on, car ils n'avaient point été conservés le lendemain). Ces vomissements cessèrent sous l'influence d'une piqûre de morphine d'un demi-centigramme et d'une potion gazeuse.

Le lendemain lundi, je trouvai à ma visite le malade en état assez satisfaisant. Les vomissements n'avaient pas reparu, les souffrances avaient diminué beaucoup, le malade pensait toucher à la fin de la crise. Je trouvai le ventre modérément tendu, sonore à la percussion. Peut-être existait-il une certaine différence de sonorité entre les parties supérieures de l'abdomen et la région hypogastrique. Mes souvenirs me portent à le croire, mais le fait ne m'a pas suffisamment frappé pour que j'en aie pu tirer un élément diagnostique sérieux.

Un fait auquel j'attachai une importance bien plus considérable, c'est l'existence dans la fosse iliaque droite d'un empâtement fort douloureux à la pression, mais sonore à la percussion.

La région des anneaux ne présentait rien d'anormal. L'ampoule rectale était complètement vide et distendue. Sa région antérieure présentait une certaine rénitence que j'attribuai à la réplétion de la vessie. Le malade urinait, en effet, très difficilement et très peu à la fois, ce que l'on avait supposé être dû à de l'anurie vraie. Le cathétérisme que je pratiquai aussitôt ramena de 6 à 700 grammes d'urine fortement co-

lorée. La température axillaire était un peu au-dessous de la normale, 36°,6.

Bien que l'ensemble de ces signes n'autorisât aucun diagnostic précis, l'état général était tel que j'éloignai, pour ce jour, toute idée d'une intervention active.

Le lendemain, mardi 18 mars, je constatai une aggravation considérable.

La température axillaire avait encore baissé et marquait 36°. Les vomissements avaient reparu et étaient constitués par des matières fécaloïdes et bilieuses. Le ventre très ballonné, très douloureux ne permettait plus que difficilement de sentir l'empâtement iliaque droit constaté la veille.

Je dois ajouter que la forme de l'abdomen était régulière, que rien n'indiquait une surdistension de quelqu'une de ses régions ; l'hypogastre participait à la tuméfaction générale. Quelque peu contrarié d'avoir différé de vingt-quatre heures mon intervention, je me décidai immédiatement à pratiquer une laparotomie médiane exploratrice, car je n'avais, je l'avoue, aucun diagnostic précis, et je me laissai bien plus diriger, dans l'espèce, par une nécessité clinique urgente que par une prévision nette de ce que j'allais rencontrer. Je comptais, l'abdomen ouvert, aller immédiatement à la recherche de l'empâtement iliaque, que je considérais à tort ou à raison comme le point de départ des accidents actuels. Je comptais presque trouver à ce niveau, au voisinage de la valvule iléo-cæcale, un de de ces rétrécissements organiques dont on a signalé la fréquence dans cette région de l'intestin.

Cette constatation faite, j'aurais fait une entérotomie médiane en fixant une anse distendue aussi voisine que possible de la lésion organique, dans mon incision. Ce furent ces incertitudes du diagnostic qui, du reste, profitèrent largement à mon malade.

Les précautions d'usage étant prises, je pratiquai l'incision hypogastrique, lui donnant une longueur suffisante pour que l'introduction de la main fût facile. Arrivé dans la couche sous-musculaire, je fus frappé d'un singulier état d'infiltration et de décoloration du tissu cellulaire sous-péritonéal. Je continuai l'incision en redoublant d'attention et je fus surpris, à un moment donné, de voir sourdre quelques gouttelettes de pus fort reconnaissables. J'agrandis immédiatement, avec des ciseaux, les parties par lesquelles se faisait cet écoulement, et aussitôt un flot de pus bien lié, d'une odeur très fétide, fit irruption par l'incision. J'évalue à deux tiers de litre environ la quantité de ce liquide qui s'écoula et dont une faible partie fut recueillie. Un grand lavage boriqué me fit voir que la cavité qui contenait le pus n'était autre que l'excavation pelvienne elle-même, rectum en arrière, vessie flasque et un peu distendue en avant. En haut des anses intestinales agglutinées, recouvertes d'une fausse membrane jaunâtre continue avec une autre fausse membrane de même caractère tapissant tous les organes de l'excavation, c'est-à-dire la totalité du foyer purulent.

J'essayai de détruire cette fausse membrane pour faire un nettoyage

parfait de la cavité de l'abcès; ses adhérences et sa friabilité étaient telles que je dus bientôt renoncer à cette entreprise.

Après un nettoyage aussi parfait que possible, j'explorai la fosse iliaque droite et y rencontrai une masse formée par des anses intestinales accolées au cæcum. Quelques précautions que j'eusse prises en pratiquant cette exploration (car je craignais de rompre les adhérences qui sûrement protégeaient la grande séreuse sus-ombilicale) je décollai quelques fausses membranes qui circonscrivaient un foyer purulent limité à la fosse iliaque. Il s'écoula de ce point une quantité de pus assez considérable, très fétide et qui me força à reprendre mon lavage. Pendant cette manœuvre dernière, je pus voir et toucher l'appendice cæcal qui était rouge, tuméfié, mais ne *présentait aucune solution de continuité.*

La désinfection me semblant suffisante, je fis la suture de la paroi abdominale, laissant un volumineux drain qui, sortant de l'angle de la plaie, plongeait jusqu'au fond de l'excavation du bassin.

Les suites de cette opération furent relativement simples. Le lendemain il y eut une ascension thermométrique qui alla jusqu'à 38°,6. Le second jour, le maximum thermique fut de 38°,2. A partir de ce jour, la température resta normale jusqu'à la guérison définitive.

La convalescence ne me fournit que trois choses importantes à noter : ce fut d'abord l'utilité du drain qui fut considérable, car il donna l'écoulement jusqu'au 6e jour, où il fut supprimé, à une quantité considérable de sérosité qui contraignit à renouveler le pansement tous les jours.

L'écoulement persista quoique très amoindri, après la suppression du drain. Dans les premiers jours, il avait encore une odeur fécaloïde que des lavages boriqués puis hydrargyriques à 1/4000e firent disparaître. Les injections prudemment pratiquées eurent les plus grands avantages et ressortaient très bien en totalité par le drain.

Plusieurs des points de suture suppurèrent, ainsi que cela se comprend facilement, à la suite de la souillure qu'avaient subi les bords de la section de la part du pus abdominal; je dus en agrandir deux au niveau desquels s'étaient formés de véritables abcès.

La constipation persista jusqu'au 27 mars, et je dus, à plusieurs reprises, la combattre par le calomel et des lavements glycérinés. A partir de ce moment, les selles redevinrent spontanées et normales. Le malade partit complètement guéri le 20 avril.

Discussion.

M. Terrillon. J'ai eu l'occasion de pratiquer cinq laparotomies pour des péritonites purulentes. J'avais cru dans un premier cas qu'il s'agissait d'un étranglement interne. La constatation de la matité relative signalée par Duplay, vers la région inférieure de l'abdomen m'a permis depuis de faire le diagnostic avant l'intervention.

M. Terrier. J'ai vu récemment avec mon collègue M. Proust

un malade présentant des accidents qu'on rapportait à un étranglement interne. La percussion très attentive de la paroi abdominale m'a fait reconnaître qu'il s'agissait d'une péritonite dont le point de départ était la région du cæcum.

M. Quénu. Il existe parfois des poussées subaiguës, dans le cours de certaines péritonites chroniques, qui rendent tout diagnostic impossible, nonobstant le signe de Duplay.

J'ai vu au mois d'octobre dernier un malade qui quelque temps après une chute fut pris d'accidents de sténose intestinale aiguë, avec distension du ventre, vomissements fécaloïdes, etc.

La laparotomie me fit tomber sur un épanchement séro-fibrineux circonscrit par des anses intestinales agglutinées.

Le liquide fut évacué, les fausses membranes enlevées et le foyer soigneusement lavé. Je laissai un drain dans le péritoine. Les symptômes s'amendèrent immédiatement. Au bout de trois jours, il se produisit au voisinage du drain une petite fistule stercorale qui se ferma au bout de peu de temps. Le malade se rétablit complètement.

M. Jalaguier. Je suis de l'avis de M. Quénu, et je pense qu'il y a des cas de péritonite dans lesquels la matité fait absolument défaut. Deux faits que j'ai observés, l'an dernier, à l'hôpital Trousseau m'autorisent à émettre cette opinion.

Dans un cas, il s'agissait d'un enfant de dix ans que je trouvai un matin dans le service avec les symptômes classiques de l'étranglement: vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, constipation absolue, état général grave; l'enfant portait une hernie inguinale droite, irréductible. L'abdomen était sonore partout. J'ouvris la hernie qui contenait de l'épiploon et du pus; le pus, venant du péritoine, s'écoulait par le collet de la hernie. Je refermai la plaie de kélotomie et pratiquai une laparotomie médiane. Les anses intestinales et l'épiploon, agglutinés, recouvraient un épanchement purulent remplissant tout le petit bassin et les fosses iliaques; je fis le lavage du péritoine et le drainage; malheureusement le malade, que j'opérais *in extremis*, succomba dans la journée. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une perforation de l'appendice iléo-cæcal.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de neuf ans, atteint depuis plusieurs jours de tous les symptômes de l'occlusion intestinale; le ventre modérément ballonné était sonore partout; M. Cadet de Gassicourt, qui voulut bien me donner son avis, et moi, fûmes d'accord pour penser qu'il s'agissait probablement d'une invagination. L'enfant était très affaibli, le pouls misérable.

Je pratiquai cependant la laparotomie médiane et trouvai dans le bassin une grande quantité de pus recouverte d'anses intestinales agglutinées. Lavage. Drainage. L'enfant succomba dans la soirée. A l'autopsie on trouva encore une perforation de l'appendice.

Je crois donc pouvoir dire qu'il est des cas où l'épanchement purulent intra-abdominal ne donne lieu à aucune espèce de matité; et je pense que, chez les enfants, en particulier, les perforations de l'appendice iléo-cæcal et les péritonites qui en sont la suite donnent souvent lieu aux symptômes de l'étranglement interne, sans qu'il soit possible, par l'examen seul des signes physiques, d'arriver à un diagnostic précis.

M. Terrier. Je tiens à bien établir que je n'ai pas prétendu qu'il existait dans ces cas une matité absolue, mais un simple défaut de résonance ; un son moins clair que celui que donnent des anses intestinales distendues par des gaz.

3° *Étuve à stériliser les pansements.*

M. Quénu. Je ne prends la parole que pour répondre à une question de M. Terrillon au sujet de l'étuve à stériliser les pansements que j'ai présentée dans la dernière séance. Les instruments nickelés supportent très bien l'étuve; les instruments en acier sont endommagés, aussi je me sers pour les instruments d'une étuve à air sec dans laquelle les inconvénients de l'étuve Wiessneg sont atténués. L'étuve imaginée par M. Sorel est chauffée à 140° par un bain de glycérine contenu dans la paroi creuse de l'étuve ; celle-ci est divisée en compartiments par des cloisons également creuses et remplies de glycérine. Il en résulte qu'il n'y a qu'une couche d'air insignifiante entre les parois du compartiment et les parois de la boîte qui renferme les instruments et qui est aussi petite que possible.

Communication.

Fracture de la clavicule par contraction musculaire et abaissement brusque de l'épaule.

Par le Dr Surmay.

Un homme de 35 à 40 ans se présente à moi le 1er février 1890. Il me dit que, depuis huit jours, il s'est formé sur sa clavicule

droite une bosse douloureuse, et que les mouvements d'élévation du bras correspondant sont gênés et provoquent de la douleur. Je trouve, en effet, à la réunion des deux tiers externes avec le tiers interne de la clavicule, une saillie arrondie, grosse comme une grosse noix, douloureuse à la pression et recouverte d'une peau un peu rosée. Pas d'ecchymose.

L'homme affirme qu'il n'est pas tombé, qu'il n'a pas reçu de coup, qu'il n'a jamais eu aucune maladie vénérienne, ni scrofuleuse, ni cancéreuse, et qu'il ne sait comment cette bosse s'est faite.

L'aspect de la tumeur est tout à fait celui d'une fracture. J'apprends, en effet, qu'il y a huit jours, cet homme, occupé à ébrancher un arbre, donna un grand coup de serpe qui tomba à faux et ne toucha pas la branche, et qu'à ce moment il sentit une légère douleur dans l'os. Cette douleur s'accentua peu à peu, et ce n'est que le lendemain qu'éprouvant de la gêne dans les mouvements de l'épaule, il sentit une grosseur sur la clavicule.

Il n'y avait plus de doute, c'était une fracture de la clavicule. Il n'y avait pas de crépitation, et il n'était possible de constater aucune mobilité entre les fragments. Les fragments, relevés l'un contre l'autre, ne paraissaient pas s'être séparés, mais placés bout à bout et retenus par le périoste, qui était le siège d'un gonflement notable.

J'appliquai simplement l'écharpe de Mayor.

Au bout de trois semaines, je la remplaçai par une écharpe que le malade dut porter encore pendant huit jours. La tumeur existait toujours, mais elle avait un peu diminué de volume, n'était plus douloureuse, et la peau qui la recouvrait avait repris son aspect normal.

Comme on le voit, la fracture s'est faite par un mouvement énergique et brusque de haut en bas. Dans les cas de fracture de la clavicule que l'on pourrait comparer à celui-ci et cités par Malgaigne et Boyer, le mouvement s'était fait, au contraire, de bas en haut. Je n'ai trouvé d'exemple semblable ni dans le *Traité* de Malgaigne, ni dans l'article Clavicule de M. Polaillon, du *Dictionnaire encyclopédique*. Ce cas me paraît appartenir à la fois à la classe des fractures par *abaissement brusque de l'épaule*, signalées par M. Polaillon, et à celle des fractures par *contraction musculaire*.

Discussion.

M. Delens. J'ai publié plusieurs observations de fractures de la clavicule par contraction musculaire. Plusieurs avaient été pro-

duites dans un mouvement énergique d'élévation du membre supérieur. Elles siégeaient, en général, à la partie moyenne de l'os.

Communication.

1° *Examen histologique d'une tumeur du mésentère.*

2° *Tumeur kystique renfermant du sang en partie coagulé, pédiculisée sur l'intestin grêle et adhérente au mésentère et à l'épiploon.*

Par M. TERRIER.

Messieurs, j'ai demandé la parole à propos du procès-verbal, tout d'abord pour vous donner quelques renseignements sur la tumeur du mésentère que je vous ai présentée dans la dernière séance.

Cette tumeur, d'aspect lipomateux, n'était pas un lipome, ni un myxolipome, comme on l'avait cru à l'examen macroscopique.

M. le Dr Poupinel, qui l'a examinée histologiquement, en fait un *sarcome fasciculé*. Voici la petite note qu'il m'a remise à ce sujet :

Cette énorme tumeur encapsulée présente à l'œil nu des points très différents d'aspect. Les uns sont franchement lipomateux, les autres ont l'aspect du myxome; d'autres, enfin, de consistance plus ferme et plus voisins du hile de la tumeur, ont l'aspect nettement sarcomateux et présentent des traces d'épanchements sanguins interstitiels et diffus.

L'examen histologique, qui a porté de préférence sur des points d'aspect sarcomateux, nous a démontré que cette tumeur était un *sarcome fasciculé* assez peu vasculaire, limité par une capsule conjonctive peu épaisse et ayant en beaucoup de points subi la dégénérescence graisseuse.

La nature maligne indiscutable de la production explique son développement rapide en quelques mois, et peut-être aussi sa pédiculisation.

Si en tout cas, les tumeurs bénignes du mésentère sont, comme je l'ai fait remarquer, d'un pronostic opératoire très sérieux, *a fortiori* ce pronostic doit-il quelque peu s'aggraver dans le cas de tumeurs malignes.

Ayant opéré cette semaine une autre tumeur insolite, sinon du mésentère, au moins adhérente à celui-ci et pédiculisée sur l'intestin, je me permets de vous la montrer et de vous exposer en quelques mots l'histoire de ce malade, qui m'avait été adressé par mon excellent collègue des hôpitaux M. le Dr Constantin Paul,

et dont l'histoire a été recueillie dans mon service par mon ami et élève le Dr Hartmann, prosecteur à la Faculté de médecine.

Observation. — H. R..., 34 ans, typographe, entre à Bichat le 19 avril 1890, salle Jarjavay, n° 18, pour une tumeur abdominale.

Il raconte que, depuis la fin du mois d'octobre 1889, il a été à diverses reprises sujet à des accès de coliques légères, qui duraient quatre à cinq heures, et se terminaient par une garde-robe, normale ou diarrhéique, accompagnée, au moment où elle se terminait, d'une douleur hypogastrique profonde et passagère.

Le 16 mars dernier, il fut pris de coliques plus vives qu'à l'ordinaire, se présenta inutilement aux cabinets et fut obligé de rentrer chez lui s'aliter. Il n'attacha cependant pas grande importance aux phénomènes qu'il éprouvait, leur trouvant une certaine analogie avec les crises auxquelles il avait été sujet jusqu'alors, et pensant que le lendemain tout serait terminé.

Contrairement à son attente, le malade ne put se lever le 17; le ventre avait quelque peu augmenté de volume; aussi fit-il venir un médecin qui l'envoya à l'hôpital de la Charité avec le diagnostic: *entérite*.

Là, M. Constantin Paul constata l'existence d'une tumeur, et bien que le malade n'éprouvât plus de coliques, il souffrait toujours d'une douleur constante fixe dans l'hypogastre, s'exaspérant dans les mouvements et troublant même son sommeil. Le 2 avril, on fit une ponction aspiratrice qui évacua 450 grammes de sérosité sanguinolente et fut suivie d'une détente notable dans les symptômes.

Depuis cette époque, la douleur de la défécation a disparu, mais il persiste un endolorissement dans la zone sous-ombilicale.

Actuellement, 8 mars 1890, le malade au repos n'éprouve plus aucune douleur: mais dans les mouvements un peu brusques, en particulier lorsqu'il se retourne, il ressent vers la partie moyenne de la région sous-ombilicale une douleur profonde.

Lorsqu'il est resté assis pendant un moment et qu'il se relève, le malade a une sensation de pesanteur profonde.

Les selles sont régulières, indolentes, l'appétit bon, les mictions normales; l'état général paraît excellent.

Les urines claires ne présentent rien de particulier; elles renferment 17 grammes d'urée par litre, ni sucre ni albumine.

A l'inspection du ventre, rien à noter qu'une légère voussure sous-ombilicale. Au palper, on constate très facilement l'existence dans l'abdomen d'une tumeur de forme arrondie ayant l'aspect d'une vessie distendue, s'arrêtant supérieurement au niveau de l'ombilic, latéralement à deux travers de doigt en dedans des épines iliaques antéro-supérieures, inférieurement plongeant dans les fosses iliaques.

Cette tumeur est peu mobile, régulière, mate, sensible à la pression; on y constate une fluctuation profonde. L'évacuation de la vessie ne modifie pas ses rapports.

La sonde introduite dans celle-ci a son pavillon très relevé, et il est impossible de l'abaisser. Le doigt dans le rectum constate que l'extré-

mité de la sonde répond à l'excavation sacrée; mais il ne sent pas nettement la tumeur.

En haut et à droite, un peu au-dessus de la prostate, on constate une partie résistante et indolente à la pression, qui probablement répond à la tumeur abdominale.

Les antécédents du malade n'offrent rien de spécial, sauf quelques blennorrhagies.

Opération le 12 mai 1890 avec l'aide de mes internes, MM. Callot et Louis.

Je fis une incision médiane sous-ombilicale qui me permit d'arriver rapidement sur la tumeur, dont la paroi antérieure était adhérente par de nombreux tractus cellulo-vasculaires à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure. Cette tumeur avait absolument l'aspect d'un kyste ovarique uniloculaire, à parois épaisses et adhérentes aux parties voisines.

Il me fut facile de décoller les adhérences en avant et en bas, elles donnèrent un peu de sang, sans d'ailleurs nécessiter l'application de pinces à pression.

En haut, la tumeur adhère à l'intestin grêle, du côté de sa convexité; à droite, elle adhère au mésentère ; enfin, à gauche, il est facile d'en séparer deux adhérences épiploïques qui furent liées avec de la soie moyenne et réséquées.

Pour faciliter l'ablation de la masse kystique, je la ponctionnai avec le gros trocart de l'appareil Potain, et, par aspiration, je pus retirer environ un demi-litre de liquide séro-sanguin fortement coloré en rouge foncé. Mais la canule du trocart ne tarda pas à s'obstruer par les dépôts fibrineux contenus dans le kyste, et celui-ci ne put être complètement évacué.

Je saisis le kyste d'abord avec une pince à kyste, puis avec une deuxième pince analogue, puis déchirant les adhérences d'abord en dehors et à droite, puis en bas, je pus le faire sortir de la cavité abdominale; il présentait encore le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Nous avons dit que cette tumeur adhérait à droite par de nombreux tractus cellulo-vasculaires au mésentère, qui semblait dédoublé à ce niveau. Toujours est-il que ces adhérences furent saisies par une longue pince courbe et sectionnées, ce qui permit l'enlèvement de la tumeur.

Ce large pédicule fut ensuite traversé par une aiguille mousse, munie d'un double fil et lié à l'aide de deux anses en X.

Quant à la tumeur, elle adhérait par une sorte de pédicule court, de 2 à 3 centimètres de diamètre, à une anse d'intestin grêle, du côté de la convexité de l'anse. Ce pédicule très vasculaire fut lié par trois anses en fil de soie noués en chaîne.

L'une des anses conserva les bouts du fil assez longs pour permettre de fixer ce pédicule derrière la paroi abdominale.

Toilette péritonéale, surtout du côté du bassin, qui renfermait des caillots provenant du sang fourni par les adhérences détruites avec les doigts.

Le pédicule intestinal, avec son anse de fil, fut maintenu au dehors en haut de l'incision abdominale, qui, pendant le cours de l'opération, avait dû être agrandie jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic.

On fait alors la suture du péritoine avec de la soie fine; cette suture n'est pas continuée au niveau du pédicule intestinal, dont l'anse de fil est passée à travers la paroi et lui est fixée.

Suture des téguments au crin de Florence; en haut, au niveau du pédicule intestinal, on place un drain et on ne complète pas la suture cutanée.

Pansement avec la poudre de salol, la gaze et l'ouate au salol.

L'opération a duré moins d'une heure. Notons qu'au début de l'anesthésie, le malade, très alcoolique, eut une syncope qui nécessita la respiration artificielle pendant quelques minutes.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et actuellement le malade (21 mai) peut être considéré comme guéri.

La tumeur enlevée offrait le volume d'une tête de fœtus à terme, elle était constituée par une poche épaisse de quelques millimètres d'aspect fibreux, à la face interne de laquelle on trouvait une accumulation de fibrine colorée par du sang. Le liquide contenu n'était autre que du sang plus ou moins coagulé, mais paraissant pur.

Le pédicule, très vasculaire, a été sectionné pour en déterminer la nature histologique.

En fait, l'origine de ce kyste hématique nous semble bien difficile à déterminer. S'agit-il d'une tumeur anévrismale oblitérée, comme on a pu le penser un instant? Nous ne le croyons pas, vu la disposition de caillots non feuilletés, et l'intégrité du liquide contenu.

Faut-il admettro ici l'existence d'une néoformation kystique sur le prolongement intestinal embryonnaire de Meckel? Cette idée, formulée par mon ami et ancien interne, M. Baudouin, qui assistait à l'opération, me paraît défendable. En tous cas, j'ai cru devoir communiquer ce fait à la Société, à cause de sa rareté et de l'obscurité même de la pathogénie de cette tumeur.

Discussion.

M. Sée demande à M. Terrier si la tumeur était développée aux dépens de la paroi de l'intestin ou n'était qu'accolée à ce dernier.

M. Terrier. La tumeur était insérée sur la convexité de l'anse intestinale par un pédicule contenant des artères assez volumineux. La section a pu s'en accomplir sans que j'aie ouvert la cavité de l'intestin, comme cela eût eu lieu si la paroi avait elle-même constitué le pédicule.

M. Kirmisson. A-t-on pu se rendre compte à quelle distance de la valvule iléo-cæcale siégeait la tumeur?

M. Terrier. Cette constatation était impossible au moment de l'opération.

Communication.

Des pulvérisations antiseptiques dans diverses affections de la mamelle.

Par M. Verneuil.

Depuis 1871, époque à laquelle j'ai commencé à mettre en usage la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique, je n'ai cessé de l'employer avec grand avantage dans des circonstances très diverses. Avant de communiquer les bons résultats qu'elle m'a donnés depuis quelques années, dans plusieurs affections de la mamelle, je rappellerai brièvement les détails du manuel opératoire.

Pour pratiquer ces pulvérisations, je ne signalerai que pour mémoire les pulvérisateurs à boule de caoutchouc, qu'on manœuvre avec la main, car ils exigent boaucoup de temps, causent beaucoup de fatigue et ne donnent que des résultats insuffisants. Il est préférable d'employer les pulvérisateurs dits à vapeur, c'est-à-dire mis en train par la lampe à alcool, tels que le pulvérisateur de Lister ou ces appareils plus légers et moins coûteux, que l'on a construits sur le même modèle. Placés sur une table, sur un meuble, à la distance voulue de la région malade, ils fonctionnent d'eux-mêmes, tant qu'on le juge à propos. Outre l'alcool pour chauffer le récipient, il est facile de se procurer les liquides antiseptiques qui sont nécessaires, tels que la solution phéniquée à 1 ou 2 0/0, les solutions boriquées ou les solutions d'hydrate de chloral, si les pulvérisations sont dirigées sur la face ou chez des malades qui ne peuvent supporter l'odeur de l'acide phénique.

Bien que la quantité de liquide fournie par la pulvérisation ne soit pas très abondante, il est utile de prendre quelques précautions pour éviter les refroidissements. Le malade devra être placé sur le bord du lit autant que possible, et, d'une façon générale, on aura soin de ne découvrir que la région qui doit recevoir le liquide, en protégeant les parties voisines avec des linges de laine et le lit avec une toile cirée. On comprend que, suivant telle ou telle région, ces dispositions devront varier, et que le jet de liquide sera, suivant le cas, dirigé ou perpendiculairement ou oblique-

ment sur les surfaces à humecter. Dans la majorité des cas, deux ou trois séances, de deux à trois heures chacune dans les vingt-quatre heures, sont nécessaires pour satisfaire aux indications. Dans l'intervalle des pulvérisations, on recouvre la région malade du pansement antiseptique, que chacune d'elles réclame. Sous l'influence de ces douches prolongées, que l'on peut rendre continues, il y a abaissement de la température locale, diminution de la douleur et désinfection des plaies. Sans être une panacée, la pulvérisation prolongée peut prévenir ou enrayer la septicémie, et, dans maintes circonstances, j'ai pu constater qu'elle était un des plus puissants procédés de la méthode antiseptique (1).

En ce qui concerne spécialement la pulvérisation appliquée aux affections de la mamelle, voici ce que j'ai à dire :

J'ai depuis longtemps signalé tout le bénéfice qu'elle procure dans les cas de plaies consécutives à l'ablation des tumeurs et traitées par le pansement antiseptique ouvert. Il en est de même des inflammations suppurées de la mamelle, sillonnées par de nombreux trajets fistuleux qui se compliquaient fréquemment autrefois d'accidents septicémiques et d'érysipèle qu'aujourd'hui, avec les pulvérisations, on prévient ou on combat fructueusement, et que je suis plus d'une fois arrivé à faire avorter en deux ou trois jours.

Chez quelques malades, atteintes de volumineuse mammite aiguë, avec collections purulentes profondes et fistules ne communiquant que difficilement entre elles, l'usage prolongé de ces pulvérisations amène une diminution considérable de la tuméfaction et des phénomènes inflammatoires qui sans doute ne dispense pas du traitement chirurgical nécessaire par les incisions, les entr'ouvertures et le drainage, mais le facilite et le simplifie.

D'ailleurs, après les manœuvres opératoires, les pulvérisations sont continuées pour assurer et abréger la cure autant que pour prévenir toute complication. Le même moyen est encore très utile dans certains cancers du sein, ulcérés et inopérables. Avec les pulvérisations phéniquées ou chloralées, répétées deux ou trois fois par jour, on obtient le plus souvent la disparition de l'odeur infecte qui incommode tant la malade et son entourage, et la diminution, sinon la cessation des douleurs si fréquentes à cette période. Dans un cas que j'ai traité avec mon excellent collègue et ami, le Dr Olivier et mon ancien chef de clinique, le Dr Guinard, les lésions locales et les symptômes généraux étaient tellement avancés que toute intervention chirurgicale paraissait impossible. Or, quelques jours d'antisepsie dans laquelle les pulvérisations

[1] Voir *Mémoires de chirurgie*, t. IV, p. 2.

jouèrent le rôle principal mirent les choses en tel état que l'ablation du sein put être pratiquée et amena une guérison durable.

Voici du reste une note qui m'a été remise par M. le Dr Guinard :

Cystosarcome suppuré du sein, fistule, abcès rétro-mammaire. Diabète et complications inflammatoires locales, septicémie chronique. Traitement préopératoire local et général. Ablation du sein au thermocautère, continuation des pulvérisations phéniquées. Guérison.

Mme G..., 67 ans, sans antécédents héréditaires notables, mais polysarcique et arthritique, a eu des douleurs articulaires et des névralgies fréquentes, mais jamais de maladies graves. En juillet 1882, elle reconnaît par hasard une tumeur à la partie externe du sein gauche, mais ne suit aucun traitement. En octobre de la même année, la tumeur, qui s'est accrue, présente le volume d'une orange, mais reste indolente; point de changements de couleur à la peau, ni d'adhérences profondes; pas d'engorgement des ganglions axillaires.

M. Verneuil consulté, reconnaît une tumeur bénigne, et comme la malade refuse énergiquement toute opération, il conseille l'abstention sans aucun traitement prétendu fondant, sauf à agir si le mal fait des progrès rapides et devient douloureux. Cinq ans se passent dans le calme.

En août 1887 surgissent à la fois des accidents locaux et généraux. Le sein devient dur, douloureux, et double rapidement de volume. La peau est rouge, luisante en certains points, œdématiée en d'autres; en même temps fièvre vive, soif, anorexie; langue sèche. M. le Dr Olivier constate que Mme G... est glycosurique et institue le traitement et le régime appropriés. Une amélioration se produit à la suite de l'ouverture spontanée, au niveau du mamelon, d'une volumineuse collection remplie de pus très fétide; mais l'orifice reste fistuleux et l'état local est toujours grave. Le sein est énorme, d'un rouge livide, dur, bosselé avec des points ramollis et des ulcérations superficielles. La suppuration est infecte, et il existe une véritable septicémie avec température oscillant entre 39 et 40°; fièvre intense, adynamie, subdélirium continuel, langue sèche, glycosurie peu abondante, mais persistante, bref, imminence d'une terminaison fatale.

M. Verneuil, rappelé le 28 novembre pour décider si l'opération est praticable, répond naturellement par la négative; toutefois, par acquit de conscience et pour obtenir au moins quelque soulagement, il prescrit des pulvérisations phéniquées réitérées à la surface du sein et des injections de même nature dans la fistule qui plonge profondément dans la tumeur jusque dans la cavité spacieuse qui fournit le pus putride.

M. Guinard commence ce traitement antiseptique le 30 novembre : chaque jour deux séances de pulvérisations durant chacune une heure et demie avec la solution phéniquée à 2 0/0; puis à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge portée jusqu'au fond de la fistule, lavage soigné de la poche avec le même liquide.

En une semaine, les symptômes inflammatoires locaux et les phénomènes d'intoxication avaient disparu.

M. Verneuil, consulté de nouveau, ne refuse plus l'opération que la malade, qui avait repris tous ses sens, réclamait avec instance ainsi que ses enfants.

Mme G... est transportée chez les sœurs de la rue de la Santé, où, après trois semaines de préparation dans lesquelles on s'occupe surtout de traiter le diabète par le régime et les médicaments, elle subit l'opération le 24 décembre.

En raison de la faiblesse de la malade, rendant nécessaire l'économie du sang, l'ablation du sein est faite avec le thermo-cautère (méthode tout à fait exceptionnelle bien entendu et fort rarement indiquée); une incision circulaire pratiquée très lentement et pour cerner la tumeur tombe dans une vaste cavité purulente située entre la face profonde du sein et le grand pectoral. C'était là que venait aboutir la fistule dans un large abcès sous-mammaire.

L'extirpation, faite à petits coups, fut un peu longue, quinze à vingt minutes environ, mais à peu près complètement exsangue; deux ligatures suffirent; le fond de cette large plaie recouvert de la membrane pyogénique, fut comme ruginé avec le thermo-cautère, après quoi on appliqua le pansement antiseptique ouvert et on continua les pulvérisations phéniquées à raison de deux séances d'une heure par jour.

Les suites furent des plus simples : nulle douleur, point de réaction, accomplissement régulier des grandes fonctions, glycosurie très faible. Au bout de quinze jours, Mme G... passait plusieurs heures par jour dans son fauteuil. La cicatrisation, à la vérité, ne fut achevée qu'au bout de quatre mois, mais la plaie très superficielle diminuait de jour en jour et ne causait aucune gêne.

Aujourd'hui, 12 mai 1890, plus de trois ans après l'opération, la cicatrice est irréprochable et la santé générale excellente. Mme G..., très vaillante pour ses 72 ans, se plaint seulement de quelques douleurs rhumatismales.

L'inflammation avait notablement dénaturé le tissu de la tumeur; toutefois on put y reconnaître les caractères des tumeurs fibro-kystiques et confirmer ainsi le diagnostic porté avant l'extirpation.

Dans les cas auxquels je viens de faire allusion, il y avait plaie ouverte récente ou ancienne, suppurante ou ulcéreuse, secrétant ou récélant des matières septiques diverses; on comprend donc aisément l'efficacité des pulvérisations agissant antiseptiquement, c'est-à-dire détruisant les agents de l'inflammation locale et de l'infection générale. Mais d'autres faits non moins concluants attestent la puissance résolutive du spray phéniqué dans les cas où les téguments du sein sont intacts et où il s'agit d'inflammation ordinaire aiguë ou chronique, mais non septique au sens attribué à ce mot.

On sait que pendant la grossesse, à la suite de couches ou dans le cours de la lactation, la mamelle devient souvent le siège d'une tuméfaction plus ou moins généralisée accompagnée des symptômes classiques de l'inflammation portés à un degré variable d'intensité. Il y a mammite évidente, mais on ne sait pas exactement s'il y a simple rétention lactée ou phlegmon véritable devant aboutir à la formation du pus. Le traitement résolutif avec l'onguent napolitain belladonné, l'enveloppement, la fixation, l'immobilisation du sein à l'aide d'une épaisse couche d'ouate et la médication interne, réussit assez souvent, mais souvent aussi n'empêche pas le développement des abcès; en tout cas, la résolution, quand elle s'effectue, est assez longue à obtenir, et les symptômes aigus ne cessent pas toujours à première réquisition.

Or, sans avoir une grande expérience, faute de faits assez nombreux, je puis affirmer qu'en deux cas de ce qu'on appelle vulgairement la rétention laiteuse, les pulvérisations phéniquées ont agi favorablement et surtout promptement, calmant les douleurs et la sensibilité au toucher, dissipant la tension de l'organe, facilitant l'écoulement du lait, de sorte qu'en très peu de jours tout se terminait sans suppuration.

Mais j'ajoute que si cette suppuration se forme le procédé peut encore rendre service comme dans le cas suivant qui est loin d'être rare.

Une jeune femme, frêle et anémique, accouchée depuis quelques semaines et ayant sevré son enfant malgré l'abondance de son lait, entra dans mon service à la Pitié pour un double engorgement mammaire : les seins étaient durs, rénitents, très sensibles au toucher; quoique triplés de volume, ils avaient conservé leur forme et offraient partout la même consistance. Les douleurs vives, la fièvre, la soif, l'anorexie attestaient l'intensité de l'inflammation et annonçaient presque à coup sûr la formation de pus, mais sans qu'il fût possible de savoir en quel point et à quelle profondeur on pourrait le rencontrer.

Je n'ai pas besoin de signaler les inconvénients des incisions faites à l'aventure dans des cas semblables; tantôt on passe à côté des foyers ou on les ouvre mal et avant que le pus soit collecté, tantôt, on s'expose à blesser des vaisseaux volumineux qui fournissent en abondance du sang qu'il est malaisé d'arrêter. Aussi, malgré l'indication formelle du débridement, on l'ajourne souvent, non sans raison; c'est dans des conditions pareilles que je prescrivis chez ma petite malade les pulvérisations phéniquées, répétées trois fois par jour, par séances de quarante minutes environ, alternativement sur l'un et l'autre sein. Dans l'intervalle, immobilisation soignée des mamelles, repos au lit, purgatifs, etc.

L'effet fut si prompt et si favorable que je pus croire à un succès complet et à la résolution de la mammite. Mais l'illusion ne dura que

deux jours. Lorsque les seins furent notablement dégonflés, je perçus des indurations profondes, sensibles au toucher, qui bientôt s'approchèrent de la surface et devinrent fluctuantes; incisés au nombre de 5, — 2 d'un côté et 3 de l'autre, — très facilement, très méthodiquement drainés et injectés, les abcès guérirent dans les délais voulus.

La pulvérisation préopératoire m'avait rendu ce double service de calmer les douleurs, d'arrêter le progrès de l'inflammation et d'atténuer la fièvre d'une part, puis d'autre part de guider sûrement l'emploi du bistouri dans l'ouverture des collections purulentes.

Le cas suivant est plus intéressant encore, car il démontre l'action favorable de la pulvérisation dans une forme rare de mammite congestive dans l'étiologie de laquelle ne figurent ni la grossesse, ni la puerpéralité, ni l'allaitement. J'en dois la relation à un médecin distingué de province, M. le Dr Meusnier, de Blois.

Mammite subaiguë congestive et paroxystique, simulant un sarcome à marche rapide; insuccès des moyens ordinaires. Pulvérisations antiseptiques répétées et combinées avec les purgatifs; amélioration prompte, guérison en moins d'un mois.

Mme X..., 45 ans, haute taille, belle constitution, jusqu'ici bien réglée, a eu il y a sept ans, à la fin de sa dernière grossesse, un très volumineux abcès ganglionnaire au cou et à la suite de son accouchement une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Depuis, la santé n'a subi aucune atteinte.

Le 20 janvier 1890, en pleine épidémie, Mme X... est prise d'une grippe dont elle a peine à se remettre, sans qu'elle ait présenté cependant aucune complication sérieuse. Le 23 février, léger mouvement fébrile avec douleur dans le sein gauche qui dure vingt-quatre heures. Le lendemain, la fièvre tombe, mais le sein présente un gonflement et une induration limités à un lobe de la glande. La douleur, assez vive spontanément, n'est guère augmentée par la pression.

Interrogée sur l'état antérieur de sa mamelle, Mme X... répond très catégoriquement qu'elle n'avait rien d'anormal de ce côté quelques jours auparavant; elle a seulement constaté depuis six ou sept ans qu'un liquide séro-sanguinolent s'échappait parfois du mamelon, surtout pendant la saison chaude.

Je porte le diagnostic de mammite, peut-être due à une contusion dont la malade n'a pas conservé le souvenir, peut-être aussi imputable à la grippe antérieure. Je prescris les frictions avec l'onguent napolitain belladoné, et chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium. L'état semble s'améliorer, la fièvre disparaît complètement, l'appétit revient, à peine quelques légères douleurs dans le sein; mais le 5 mars elles reparaissent plus vives pendant tout le jour et la nuit suivante, un nouveau lobe de la glande se gonfle et s'indure; pour la première fois, la peau rougit à son niveau.

Le 17 mars, nouvelle poussée inflammatoire envahissant un troi-

sième segment mammaire, douleurs aiguës, coloration violacée de la peau. Le sein a doublé de volume tout en conservant sa forme régulière. Le mamelon toutefois n'est pas rétracté, et la fièvre fait défaut. Bien que je pense toujours avoir affaire à une mammite subaiguë, à poussées périodiques, je ne puis m'empêcher de songer aussi à une tumeur maligne à marche rapide.

Le 19, empâtement considérable qui fait croire à la formation prochaine d'un abcès, mais qui, après avoir duré trois jours, disparaît ainsi que la rougeur qui l'accompagnait, ne laissant à sa suite qu'une induration pure et simple.

Le 27, préoccupé de la persistance des accidents et de l'obscurité du diagnostic, je décide Mme X... à se rendre à Paris pour consulter M. Verneuil, lequel, après examen minutieux et discussion serrée du diagnostic, entre le sarcome aigu et la mammite congestive, prescrit, à titre d'essai et sans se prononcer définitivement, le traitement qui suit :

1° Faire chaque jour sur le sein malade trois séances de pulvérisation de vingt-cinq minutes de durée avec la solution phéniquée à 2 0/0 ; dans l'intervalle, appliquer des compresses imbibées du même liquide et recouvertes d'ouate ;

2° Garder le repos au lit la plus grande partie du jour en position horizontale, comme dans la mammite puerpérale aiguë ;

3° Prendre tous les deux jours un purgatif salin, et chaque matin à jeun cinq gouttes de liqueur de Fowler (ce dernier médicament n'a pas été administré).

Il était d'ailleurs explicitement indiqué que si, dans un délai limité à deux semaines au plus, un changement favorable ne survenait pas, on procéderait sans retard à l'opération.

Le traitement fut commencé le 2 avril ; dès le 7, la rougeur et la sensibilité avaient disparu. Le 11, le dernier lobe mammaire envahi est en pleine résolution. Le 15, le second lobe diminue considérablement. Enfin, le 18, le premier segment entre à son tour en régression. Peu de jours plus tard, l'induration a disparu et le sein a repris son volume et sa consistance, sauf peut-être un peu moins de souplesse. Le 20 avril, on supprime les purgatifs, qui fatiguaient l'estomac, mais on continue quelque temps encore les pulvérisations qui sont toujours agréablement supportées.

Aux dernières nouvelles, le 15 mai, la guérison complète se maintient.

J'ajouterai quelques mots à cette note. A première vue, j'en conviens, le cas me parut fort embarrassant, et je compris sans peine les hésitations et les inquiétudes de mon confrère.

Le sein, à ce moment, uniformément tuméfié et induré, appliqué presque immobile sur la paroi thoracique, ne présentait point de phénomènes inflammatoires bien évidents. La peau était adhérente, épaissie, quasi rugueuse et chagrinée, mais sans changement de

couleur. La pression était à peine pénible, il n'y avait pas davantage de douleurs spontanées. Bref, cette tumeur ressemblait fort à certains carcinomes diffus, ou encore à certains cysto-sarcomes mammaires en voie d'accroissement rapide comme j'en ai vu au moins deux exemples frappants opérés et suivis de récidive *in situ* presque soudaine et incoercible. L'existence antérieure d'un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon induré, indice d'une lésion des conduits galactophores, plaidait en faveur de cette redoutable hypothèse.

Par contre, la marche si aiguë, les poussées successives, les accès fébriles bien caractérisés qu'on n'observe pas dans les néoplasmes vrais, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale, étaient de nature à me rassurer. Je puisais d'ailleurs quelques éléments d'optimisme dans mon expérience antérieure. J'avais déjà vu chez des arthritiques survenir des congestions passagères des mamelles sans caractères graves, et qui avaient disparu sans opération. M. Ledentu a observé des faits semblables et les a cités à la Société de chirurgie.

Une première fois, il y a dix-neuf ans, j'avais été fort perplexe; il s'agissait de la jeune femme d'un de mes élèves qui, plusieurs semaines après une couche heureuse, avait été prise de tuméfaction lente d'un de ses seins. L'organe avait, en dépit de tous les moyens mis en usage, acquis un volume considérable et pris précisément l'aspect que j'ai décrit plus haut chez la cliente du Dr Meusnier.

Nous agitâmes sérieusement la question d'intervention chirurgicale, mais heureusement nous fîmes encore de la temporisation et de nouveaux essais thérapeutiques. Ceux-ci restèrent infructueux sans doute, mais un beau jour, sur un point de la circonférence de la mamelle, parut un peu de rougeur et de sensibilité, puis la rénitence et enfin la fluctuation; il s'agissait d'un abcès sous-mammaire à marche lente, qui avait soulevé toute la glande et modifié tout son tissu.

Les incisions convenables et le drainage amenèrent naturellement la guérison.

C'est grâce à tous ces souvenirs que j'ai également, chez Mme X..., proposé la temporisation et prescrit les moyens de douceur.

Je n'aurais peut-être pas pris la parole uniquement pour signaler un diagnostic heureux servant de base à une pratique conservatrice, si la thérapeutique mise en usage n'avait pas présenté quelque chose de nouveau. J'ai dit plus haut en effet qu'il y avait lieu d'admettre une variété de congestion mammaire simulant les néoplasmes, mais, par bonheur, n'en ayant pas la gravité; mais j'aurais dû ajouter que le traitement de cette forme pathologique n'est rien moins que fixé; peut-être les pulvérisations en feront-elles la base. De nouveaux essais pourront seuls nous l'apprendre.

Présentation de pièce.

M. Ricard présente un kyste dermoïde de l'ovaire qui avait déterminé des phénomènes d'étranglement interne.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Nélaton, Bouilly, Routier, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 21 mai 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Revue internationale de Bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire*, dirigée par le Dr J. Rouvier, vol. I, n° 1, avril 1890 ;

3° Lettre de M. Cornu, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, priant la Société de chirurgie de se faire représenter à la session qui s'ouvrira à Limoges, le 7 août 1890;

4° *Lymphatiques des organes génitaux de la femme*, par le Dr Paul Poirier. Brochure in-8°, Paris, 1890;

5° *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, par le Dr Kirmisson, in-8°, Paris, 1890.

Rapport.

Sur une observation de M. Chénieux, intitulée : *Tumeur volumineuse de la région fessière droite. Hernie de l'ovaire. Ablation. Guérison.*

Rapport par M. Routier.

Messieurs, notre confrère, le Dr Chénieux (de Limoges), nous a envoyé une observation curieuse que je vais résumer en quelques mots.

Une femme de 40 ans, d'une bonne santé habituelle, ayant eu plusieurs enfants, se présenta à notre confrère pour être traitée d'une tumeur volumineuse de la fesse droite, dont le volume seul l'incommodait.

Après quelques hésitations, le diagnostic resta indécis entre un lipome et une hernie.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire droit dégénéré et kystique, ovaire accompagné de la trompe, comme c'est la règle.

La corne utérine fut vue, le pédicule suturé avec soin au péritoine pariétal du petit bassin, pour bien fermer la cavité de la séreuse, fut ensuite enserré dans un fil élastique. La plaie fut ensuite drainée et suturée, sauf au point où passait le pédicule. La guérison a été simple et rapide, puisque la malade quittait la maison de santé le dix-septième jour.

La pièce a été perdue.

Cette observation est curieuse, surtout par sa rareté. J'ai, en effet, trouvé peu de cas analogues. Deneux, dans sa thèse de 1813, cite deux cas de hernie ischiatique de l'ovaire; Velpeau en cite deux autres dus à Papen, de Gœttingue, et à Camper.

La hernie ischiatique de l'ovaire paraît être la variété la plus rare; comme dans tous les cas d'ovarioncie, presque toujours l'organe a subi la dégénérescence kystique, elle est toujours accompagnée de la trompe.

Nous ne pouvons que féliciter M. le Dr Chénieux de sa conduite en pareil cas, avec cette réserve qu'il pouvait peut-être se conduire là comme dans l'ovariotomie abdominale, c'est-à-dire lier et réduire le pédicule.

Rien ne nous autorise à dire que cette hernie était congénitale ou acquise, cependant, les grossesses répétées de la malade me feraient pencher vers cette dernière hypothèse.

Rapport.

Sur une observation de M. Poisson.

Rapport par M. Routier.

M. le Dr Poisson, professeur suppléant de clinique à l'École de Nantes, nous a envoyé une observation de carcinome du rectum opéré par la méthode de Kraske, c'est-à-dire par la voie sacrée; bien que son malade ait succombé aux suites de l'opération, M. le Dr Poisson n'a pas craint de lui donner cette publicité, je crois que nous devons l'en féliciter.

C'est, dit-il, à la suite de la lecture du travail que j'ai produit ici sur ce sujet que M. Poisson a pensé à appliquer cette méthode à un malade qu'il avait alors en traitement.

Il s'agissait d'un homme de 70 ans, dont le cancer rectal siégeait à 4 centimètres de l'anus, et dont le doigt ne pouvait atteindre la limite supérieure; après l'avoir purgé et soumis au régime lacté et au naphtol, trop peu de temps peut-être, M. Poisson procéda à l'opération, suivant de très près la technique que j'ai indiquée.

L'opérateur signale la difficulté qu'il a éprouvée à séparer le rectum des vésicules et de la prostate, et, par contre, l'extrême facilité qu'il a eue à faire descendre l'intestin une fois le péritoine ouvert.

Il a vite refermé le péritoine, et après résection de l'anneau cancéreux et de gros ganglions dégénérés, il s'est mis en devoir de suturer l'intestin.

Là surgissent des difficultés; le siège très bas du cancer n'a permis à M. Poisson de conserver qu'un très petit bout du rectum au-dessus de l'anus, aussi a-t-il eu le plus grand mal à l'anastomoser au bout supérieur. Ce sont ces difficultés, sans doute, qui lui ont fait adopter un seul plan de sutures au catgut chromique, 20 fils ont suffi pour assurer la soudure intestinale.

Cela fait, M. Poisson a cru pouvoir suturer la plaie sacrée, et a même fait des sutures profondes, tout en mettant un drain entre le rectum et ces sutures. Enfin, il a placé deux drains rectaux.

Au bout de quarante-huit heures déjà, cette suture cutanée devenait phlegmoneuse, des matières stercorales passaient bientôt au travers, et le malade mourait septicémique vers le septième jour, sans retentissement péritonéal.

Je me permettrai quelques critiques; tout d'abord le malade était bien vieux (70 ans) pour supporter une opération pareille qui est

toujours longue et par conséquent déprimante; puis, le cancer était très bas, et la brièveté du bout inférieur cause de grandes difficultés, quelquefois l'impossibilité de suturer les 2 bouts, comme j'ai pu le constater dans une opération faite par un de mes collègues où pareil fait s'est présenté.

Dans tous les cas, je blâme M. Poisson pour sa suture totale de la plaie en arrière, il faut toujours se méfier des sutures intestinales, et laisser, par conséquent, une soupape de sûreté pour les cas d'insuccès; chez son malade, en outre, les sutures intestinales n'ont été faites qu'en un seul plan et 20 points ont suffi, je crois que c'est trop peu.

Cet insuccès opératoire, comme le dit lui-même M. Poisson, n'infirme en rien la méthode, qui mérite de rester dans la pratique.

Je profite de cette circonstance pour vous dire que, depuis le succès que j'ai publié ici, j'ai essayé, dans de très mauvaises conditions, de répéter l'opération, ce me fut impossible, je dus me contenter de pratiquer un mauvais anus sacré; mon malade est mort. Comme on en a beaucoup parlé dans la maison de la rue Oudinot où je l'avais opéré, en dénaturant les faits, je ne suis pas fâché de pouvoir l'exposer ici en détail.

Il s'agissait d'un homme de 62 ans, qui me fut adressé par mon excellent maître, le Dr Rigal, en juin 1889; à cette époque, le malade se plaignait de troubles dans la défécation, et on sentait, par le toucher rectal tout à fait à bout de doigt, c'est-à-dire au moins à 12 centimètres de l'anus sur la paroi antérieure du rectum, une plaque dure, villeuse et saillante, qui était certainement un épithélioma.

A ce moment toute proposition opératoire fut repoussée.

Les phénomènes de rétrécissement s'accentuèrent beaucoup en août; mais alors, le malade voulut pour être opéré attendre le retour de son médecin; je dois dire qu'il me demanda les plus grands détails sur ce que je voulais lui faire, et que de mon côté, je lui vantai la résection du rectum au détriment de l'anus contre nature; comme il avait vu un cas d'anus contre nature dans sa famille, il ne fut pas difficile à convaincre; malheureusement, car, lorsque je le revis fin novembre, j'aurais été presque tenté de renoncer à la résection, si j'avais pu; mais, à cette époque, je dus céder aux sollicitations du malade. Le néoplasme était, en effet, très haut et immobile, la cachexie commençait.

Pour toutes ces raisons, et un peu à regret, je tentai l'opération avec l'aide de mon ami Delbet, prosecteur, et de mes internes Reblaud et Bonneau.

Tout alla bien jusqu'au moment où je voulus libérer le rectum. Ce temps de l'opération fut à peu près impossible, j'avais beau

faire, l'intestin ne descendait pas, nous en eûmes la raison une fois le péritoine ouvert, plusieurs anses intestinales faisaient corps avec le néoplasme rectal.

Dans l'espoir de faciliter la descente de l'intestin, j'avais, contrairement à ce que j'ai recommandé, sectionné le rectum, de sorte que, pendant des manœuvres laborieuses, je n'ai certainement pas protégé parfaitement le péritoine; je dus me contenter de fixer le bout supérieur ouvert dans l'angle supérieur de la plaie sacrée, faisant ainsi dans de très mauvaises conditions l'anus contre nature que j'avais voulu éviter.

Le malade est mort septicémique le sixième jour.

Ce cas malheureux, pas plus que celui de mon excellent ami le Dr Poisson, ne doit faire repousser cette méthode, nous l'avons mal appliquée, moi trop tard, M. Poisson sur un malade trop vieux et dans un cas de cancer trop bas placé, voilà tout.

La malade qui a servi de point de départ à mon étude sur la résection du rectum va toujours bien, et vit sans la moindre infirmité, que serait-elle devenue, si je lui avais fait un anus contre nature?

La résection du rectum reste donc pour moi un excellente opération, mais il faut savoir la réserver aux cas de cancers mobiles et situés au moins à 6 centimètres de l'anus. Je termine mon rapport en vous proposant d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Verneuil. Les opérations préliminaires à l'extirpation du rectum sont contre-indiquées chez le vieillard, qui constitue en général un mauvais terrain pour la réunion et un milieu favorable au développement de la septicémie.

M. Routier nous dit que l'un des motifs qui l'engagea à pratiquer l'opération de Kraske fut la répugnance qu'avait la famille contre la création d'un anus iliaque, dont un de ses membres avait subi les horreurs. Il y a ici une exagération que je m'empresse de relever. La situation de ces opérés est, en général, très tolérable, et j'ai observé des malades qui l'ont supportée sans trop de peine pendant deux ans. Il faut, de plus, tenir compte de l'innocuité extrême de la colotomie inguinale, tandis que l'extirpation des cancers du rectum, que le doigt ne peut pas dépasser, ou se doivent difficilement mobiliser, donne une mortalité considérable, qui atteint et peut dépasser de 21 à 22 0/0, sans mettre à l'abri des récidives, toujours très précoces dans ce cas.

J'ai pratiqué deux fois l'excision du sacrum suivant la méthode

de Kraske ; aussi me trouvé-je à l'aise pour dire qu'il ne s'agit là que d'une modification à l'incision postérieure de Denonvilliers, que j'ai exécutée et conseillée il y a plus de trente ans ; je veux dire la résection du coccyx. La seule excision de cet os permet de pénétrer très profondément de ce côté. Il y a environ un an, exécutant avec le concours de M. Ricard l'opération de Kraske, je dus descendre vers l'anus un peu plus bas que je ne l'avais présumé, dans le but de dépasser largement les limites du mal. Voyant qu'il ne restait plus une quantité suffisante de la région sphinctérienne, j'abandonnai l'idée que j'avais eue d'y suturer le rectum. Je le fendis en arrière, j'ouvris également l'intestin que je maintins abaissé par quelques points de suture latéraux à la région sphinctérienne. Je bourrai cette large gouttière ouverte en arrière avec de la gaze iodoformée. Les suites furent d'une très grande simplicité. Il n'y eut aucune réaction, ni locale ni générale, et la malade guérit très bien. Pour que l'anastomose du bout supérieur du rectum avec le sphincter soit possible, il faut que ce dernier soit conservé en totalité.

M. Quénu. L'opération de Kraske comporte deux temps principaux. C'est d'abord l'excision du sacrum, permettant d'atteindre le rectum très haut ; en second lieu, l'abaissement du bout supérieur et sa fixation au segment inférieur conservé. J'ai assisté à deux opérations de ce genre et en ai tenté moi-même l'exécution chez un homme de 56 ans, qui portait un cancer très haut situé et adhérant aux vésicules séminales et à la prostate. Je n'eus aucune difficulté à détruire ces adhérences ; mais lorsque je voulus abaisser le bout supérieur, je m'aperçus que la muqueuse seule venait, mais que les autres tuniques de l'intestin, immobilisées par le méso-rectum, ne suivaient pas. Je dus inciser ces adhérences physiologiques, mais je me trouvai en présence d'un segment d'intestin dépourvu de mésentère sur une étendue trop considérable, et que je dus réséquer. La suture à la région anale étant désormais impossible, je fixai le rectum en arrière, créant ainsi un anus artificiel sacré. Le malade, du reste, épuisé, succomba peu de temps après cette opération.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a cinq mois, une résection du rectum pour un cancer annulaire. Il s'agissait d'un homme de 57 ans qui, quoique encore robuste en apparence, présentait déjà l'aspect jaune terreux si caractéristique de la cachexie cancéreuse. Le début du mal remontait à quelques mois ; il s'était aperçu alors qu'il rendait un peu de sang dans les selles, qui étaient plus fréquentes que d'habitude. Puis se montrèrent des douleurs, particulièrement au niveau de la région fessière, du

côté droit, en même temps qu'une constipation opiniâtre ; les selles devinrent peu à peu très douloureuses ; il ne rendit pas de sang en grande abondance. En même temps, l'appétit et les forces diminuèrent.

Quand nous voyons le malade, nous constatons l'existence d'un cancer annulaire commençant environ à 5 centimètres au-dessus de l'anus, et dont nous atteignons assez difficilement les limites supérieures ; un examen sous le chloroforme nous permet de constater que le rectum se laisse facilement abaisser, qu'il n'y a pas d'adhérences, et nous dépassons alors largement la limite supérieure du néoplasme. Pas de ganglions appréciables. Le cas nous parut favorable à la résection d'après le procédé de Kraske, avec conservation du sphincter anal.

Pendant trois semaines, le patient fut soumis au régime lacté exclusif, aux prises de naphtol β mélangé à de la magnésie blanche (2 gr. de chaque), aux purgatifs doux tous les deux jours ; ce ne fut qu'au bout de ce temps que les selles devinrent blanchâtres, quoique encore un peu odorantes.

Le malade ayant été purgé une dernière fois, nous pratiquâmes l'opération avec le concours de notre collègue et ami Routier, qui voulut bien nous assister. Chloroformisation facile. Décubitus latéral droit ; la cuisse gauche fortement fléchie sur l'abdomen. Incision convexe encadrant le coccyx par son extrémité inférieure ; formation d'un lambeau cutané qu'on relève en haut ; mise à nu du coccyx et du sacrum à sa partie inférieure ; résection facile du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. On tombe sur le rectum malade, qui est très facilement libéré partout ; comme le néoplasme ne se laisse pas attirer en bas suffisamment, nous coupons entre deux ligatures deux faisceaux qui vont de chaque côté sur le rectum et qui renferment les hémorrhoïdales moyennes ; dès lors l'intestin descend facilement. Nous avions répété ces divers temps sur le cadavre avec l'aide de notre collègue le Dr Poirier, qui nous avait obligeamment indiqué la résistance offerte par ces deux forts faisceaux latéraux.

Presque pas de sang. Nous ne dûmes pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal, qui fut refoulé en haut ; section en haut à 2 centimètres du néoplasme, en bas à 1 centimètre au-dessous.

Lorsque nous entreprîmes la suture des deux bouts, nous nous aperçûmes que le bout anal, qui n'avait que 3 centimètres environ de longueur, ne se prêtait que très difficilement à la suture circulaire ; il était matériellement impossible de placer les fils sur la partie antérieure, fortement enfoncée vers la prostate. J'imaginai alors, après avoir déjà prolongé l'incision courbe par une médiane allant jusqu'à l'anus, de fendre le bout inférieur sur sa face posté-

rieure, afin de l'étaler comme une gouttière, et de faire les sutures avec le bout supérieur. Celles-ci furent faites avec du catgut n° 3 et espacées d'un demi-centimètre environ.

Quand la suture circulaire fut pratiquée, l'on réunit l'intestin en arrière, puis par-dessus lui la peau, en laissant une large ouverture au niveau de la partie inférieure du lambeau ; un très gros drain en caoutchouc fut placé dans l'anus pour permettre le passage des gaz. Pansement salolé et ouate.

Tout se passa bien les quatre premiers jours ; il y eut un peu de désunion au niveau de la partie postérieure, en face de la brèche cutanée. Le quatrième jour, il y eut une débâcle formidable qui inonda tout le tissu cellulaire pelvirectal. L'opéré mourait vingt-quatre heures après, de septicémie aiguë.

Tel est le fait que nous tenions à rapporter. Nous y relevons la difficulté d'évacuer suffisamment l'intestin, malgré un traitement préventif de trois semaines ; c'est là un point important et qui nous paraît dû à la rétention chronique des matières fécales derrière un rétrécissement et à la poussée intestinale. Ce n'est pas la première fois qu'on l'observe, et Schede est d'avis, pour éviter ces débâcles funestes, de faire précéder l'opération de l'établissement d'un anus iliaque qui dérive les matières.

J'avoue que je serai de cet avis toutes les fois que je ne serai pas absolument sûr de l'évacuation et de la désinfection complète du tube digestif.

C'est la conduite que j'ai eu l'occasion de tenir tout récemment chez une malade atteinte d'un cancer annulaire commençant à 5 centimètres de l'anus, à orifice très étroit. La tumeur paraissait mobile et attirable au toucher rectal. Je fis l'anus iliaque en me promettant de profiter de l'incision abdominale pour me rendre compte de la limite supérieure du mal et de sa mobilité, le doigt rectal n'étant pas arrivé à franchir le cylindre cancéreux.

Je reconnus, au cours de l'opération, que la tumeur se prolongeait jusqu'au promontoire et était d'une immobilité complète, par suite des adhérences aux parties voisines. Dès lors je terminai l'anus iliaque et abandonnai toute idée de résection de la partie malade.

Un second point intéressant de notre première observation est la difficulté que l'on peut éprouver à suturer le bout inférieur au supérieur quand le premier est court et enfoncé vers la prostate. Seul le détachement en gouttière de l'intestin et de l'anus nous a permis de reconstituer le cylindre recto-anal, en nous mettant, il est vrai, dans des conditions moins bonnes que lorsque le bout inférieur assez long vient rejoindre facilement le bout supérieur du rectum, comme dans la résection typique de Kraske.

M. Gérard-Marchant. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'opération de Kraske. Dans le premier cas, il existait des adhérences à la prostate et aux vésicules séminales que j'eus une certaine peine à détruire. Je pus suturer les deux segments de l'intestin ; mais, dès le troisième jour, les sutures situées en arrière cédaient, et une fistule stercorale s'établissait en ce point. Cet accident ne se produirait point vraisemblablement si la tonicité du sphincter était temporairement détruite par une bonne dilatation.

Le deuxième fait date de quatre semaines ; j'ai pratiqué l'opération avec le concours de M. Routier; la suture s'est faite sans difficultés, et le malade est en bonne voie de guérison.

Le principal avantage de la méthode sacrée est qu'elle permet d'apprécier les limites du mal et de les dépasser hardiment; elle rend de plus possible l'extirpation des ganglions sacrés dégénérés.

M. Terrier. Messieurs, dans le courant de la discussion, on m'a mis en cause à propos de l'opération de Kraske. Permettez-moi donc de vous relater l'opération qui m'est personnelle et qui a été suivie d'un plein succès opératoire et d'une guérison complète.

Le nommé Ponthieu (Émile), âgé de 61 ans, employé, entre le 12 novembre 1889 salle Jarjavay, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant. Père mort subitement étant âgé. Mère morte d'affection de poitrine.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade dans son enfance. Il n'a eu aucune maladie vénérienne.

En 1883, il va en Cochinchine; il y reste six mois. Il y est atteint de diarrhée rebelle à tout traitement. Il rentre en France.

De là, il va en Afrique, où il reste quelques mois, revient en France et, en novembre 1884, il s'embarque pour le canal de Panama. Il y fut très malade, et sa dysenterie se signala par de nombreuses et abondantes hémorrhagies rectales.

En 1885, il revient en France. Il est opéré de fistule à l'anus.

L'année suivante, il est atteint d'abcès de la marge de l'anus, puis opéré de fistule anale.

Ce fut en 1887, après ces différentes maladies, qu'il commença à constater un suintement continuel à l'anus.

Ce suintement était tantôt sanguinolent, tantôt clair, n'empesant pas la chemise.

Il eut, vers le mois d'août 1888, des hémorrhagies très abondantes.

Mais en 1888, vers la fin de l'année, il y a par conséquent à peu près un an, il commença à ressentir des douleurs en allant à la selle; ces douleurs se continuaient parfois entre deux selles.

Il restait de temps en temps plusieurs jours sans aller à la selle.

Dans ces périodes de constipation, il n'eut jamais de douleurs de ventre ni de vomissements.

Peu à peu, il s'amaigrit; le manque d'appétit vint ajouter à la dénutrition.

Pendant l'année 1889, il ne subit aucun traitement local ni général.

Aujourd'hui. — Homme petit, maigre, teint couleur jaune paille.

Ventre assez souple, non ballonné, non douloureux à la pression. Rien du côté de la région périnéale. Aucun ganglion aux régions inguinales droite et gauche. Pas d'œdème des jambes. Au toucher rectal, on sent, à 6 centimètres de l'anus environ, dans la région sus-ampullaire, une tumeur dure, à bords irréguliers, bourgeonnant par places, faisant saillie dans la cavité ampullaire, non douloureuse, formant une sorte d'anneau autour du rectum; diminuant par conséquent le calibre de ce viscère.

Cette tumeur est mobile avec le rectum. On sent nettement les limites à la partie inférieure; on ne sent pas celles de la partie supérieure. Il existe quelques ganglions dans la région. La prostate et les vésicules séminales paraissent normales. Mictions normales. Testicules normaux. Il ne paraît pas exister d'adénopathie à distance, ni de localisation néoplasique ailleurs.

Le malade mange peu; dégoût de la viande; haleine fétide. Urines normales. On donne au malade du naphtol (2 gr. par jour) et on le met au régime lacté. Lavements boriqués de temps en temps.

Opération (méthode de Kraske). Le 13 décembre 1889. Incision sur le bord droit du sacrum; le malade était placé en décubitus latéral gauche.

On arrive ainsi à mettre à nu le sacrum et le coccyx. Résection des portions mobiles du coccyx et des parties latérales du sacrum.

On arrive ensuite, après avoir sectionné plusieurs couches cellulaires, sur la tumeur, c'est-à-dire sur le rectum. On contourne le rectum et on l'attire en dehors. On place, après avoir décollé une partie du mésorectum, une pince au-dessus de la tumeur, puis une pince au-dessous.

Résection de la tumeur placée entre les pinces.

On réunit ensuite, muqueuse à muqueuse, puis musculeuse à musculeuse, les deux extrémités sectionnées. L'abaissement de l'extrémité supérieure se fait facilement.

On réunit ensuite les lèvres de la plaie cutanée avec du crin de Florence. Drain à la partie externe. Drain à l'orifice anal. Pansement iodoformé. Durée une heure dix minutes. Chloroforme, 60 grammes.

14 *décembre*. État général assez bon. Aucun signe de péritonite. On refait le pansement, qui est taché.

15 *décembre*. Même état. Renouvellement du pansement. Le malade a de la fièvre. Diarrhée. Rétention d'urine.

16 *décembre*. Même état. Diarrhée persistante. Laudanum et naphtol.

Eschare au grand trochanter gauche. Les matières fécales sortent par la plaie, d'où érythème de la région. Poudre de magnésie.

18 *décembre*. Le pansement est refait tous les jours. Le drain anal

fonctionne bien. La diarrhée continue. Salicylate de bismuth. Il n'y a plus de rétention d'urine.

25 *décembre*. Même état. Le malade commence à manger, car la diarrhée a diminué. Localement, il n'y a rien de particulier. Il ne sort plus de matières fécales par la plaie cutanée.

30 *décembre*. Fièvre hier soir; le drain avait mal fonctionné; il y avait eu de la rétention fécale dans la plaie.

1er *janvier* 1890. Amélioration locale, mais nouvelle diarrhée. Le malade se cachectise. Il mange cependant avec appétit. Eschare au trochanter du côté droit.

5 *janvier*. Nouvelle poussée fébrile hier soir, de cause inconnue. Urines normales. La diarrhée s'améliore.

10 *janvier*. Il persiste une fistule à la partie supérieure de la plaie qui communique avec la cavité rectale. Quand l'orifice fistuleux se bouche, les matières se répandent dans le tissu cellulaire périrectal, et il y a de la fièvre.

État général meilleur. Le malade commence à se lever. Les eschares des régions trochantériennes se sont détachées.

15 *janvier*. Le malade va beaucoup mieux. Il va encore à la selle involontairement, mais les matières, qui deviennent plus dures, ne sortent plus par la fistule cutanée.

La plaie cutanée est entièrement cicatrisée, sauf en ce point.

Les pourtours de cette plaie sont toujours érythémateux. On y applique encore de la magnésie.

22 *janvier*. Le malade se lève et marche. Bon état général. Il mange avec appétit, mais comme les matières fécales sentent mauvais, on supprime le vin. Il éprouve de temps en temps le besoin d'aller à la selle, mais il ne peut pas retenir ses matières.

La plaie est très belle. Il existe deux trajets fistuleux: un en haut, l'autre en bas de l'anus; ils aboutissent tous deux au même endroit de la muqueuse rectale, près de la cicatrice rectale.

Le doigt est serré suffisamment par le sphincter, quand on pratique le toucher rectal. A 7 centimètres environ de l'orifice anal, on sent un cercle, sorte de diaphragme laissant passer facilement deux doigts, et qui correspond à la cicatrice de la suture rectale. Au-dessous et en arrière, on sent un orifice laissant entrer la pulpe du doigt; c'est l'orifice fistuleux de la plaie cutanée. On ne sent pas d'induration dans le voisinage de la plaie cutanée.

On donne au malade des peptones, du salicylate de bismuth et du naphtol. Il continue son lait. Pansement au lint boriqué. Les plaies trochantériennes restent stationnaires.

Le malade a eu une selle volontaire.

28 *janvier*. Même état local. Les fistules tendent à se combler; les matières fécales passent à peu près toutes par l'anus, aussi le malade n'a-t-il plus de fièvre.

A son teint jaune a succédé un facies légèrement coloré; les joues sont moins creuses.

Revu en février, le malade est complètement guéri. Le sphincter fonctionne très bien. Il serait mort subitement quelques jours après.

M. Routier. L'anus iliaque constitue une grosse infirmité ; nul doute que l'extirpation du rectum avec conservation du sphincter ne lui soit de beaucoup préférable. La véritable différence qui existe entre la méthode recommandée par M. Verneuil et celle de Kraske est moins dans la résection sus-coccygienne que dans la conservation du sphincter anal. Le méso-rectum résiste, il est vrai ; mais la ligature de ses principales artères autorise des tractions qui rendent l'abaissement possible.

La préparation soigneuse des malades tient au personnel qui les entoure, ainsi que le dit M. Terrier.

La suture doit être très soignée; je multiplie les points et établis un double plan.

Quant à la fistule dont beaucoup d'observateurs signalent la fréquence en arrière, elle guérit toujours.

Rapport

Relevé des principales opérations faites dans les derniers mois de l'année 1889, par le Dr Bois, chirurgien en chef à l'hospice d'Aurillac.

Rapport par M. E. Kirmisson.

Messieurs, M. le Dr Bois, d'Aurillac, nous a adressé, au commencement de cette année, une note dont je viens vous rendre compte sur les opérations les plus intéressantes de son service hospitalier pendant les derniers mois de l'année précédente.

L'auteur compte cinq cataractes opérées par extraction avec ou sans iridectomie, qui lui ont fourni quatre succès et une fonte purulente du globe oculaire.

Un sarcome du triangle de Scarpa, chez une jeune femme, a été extirpé par le bistouri; la réunion a été obtenue par première intention ; guérison. Il s'agissait d'un sarcome développé dans le tissu cellulaire, sans rapports avec les vaisseaux.

Une femme jeune encore, et accouchée quelques mois auparavant, a subi l'ovariotomie pour un kyste du volume d'un fœtus à terme, datant de plusieurs années. La dernière grossesse avait pu être menée à bien malgré sa présence. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que, quelques semaines avant l'opération, la malade avait eu des douleurs vives et prolongées dans tout le ventre. L'ovariotomie démontra qu'il s'agissait d'un kyste uniloculaire, à contenu purulent, adhérant dans toute l'étendue de sa surface péritonéale. La guérison fut obtenue sans le moindre incident ; il est à noter

que l'auteur eut recours au traitement extra-péritonéal du pédicule; non pas qu'il y eût à cet égard des indications particulières, mais parce que, nous dit-il, il est plus familier avec ce mode de traitement.

A noter encore l'opération d'une fistule vésico-vaginale située dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col utérin, où on la découvrait au fond d'un entonnoir s'ouvrant dans la cavité cervicale. L'avivement fut fait sous forme d'un sillon antéro-postérieur dont le fond était occupé en un point par la fistule. La réunion fut obtenue par quatre points de suture; succès complet.

La statistique de M. Bois comprend encore une observation relative à une plaie pénétrante du genou, produite par un coup de hache. Il y avait une arthrite aiguë suppurée, produisant des douleurs extrêmement violentes. Le drainage fut pratiqué; des injections antiseptiques furent faites dans la jointure, et en moins de quinze jours la suppuration était tarie complètement. Ce fait a d'autant plus frappé notre confrère que, quelques semaines auparavant, nous dit-il, il avait vu succomber à des suppurations intarissables et généralisées un jeune homme atteint d'un semblable accident, mais qui n'avait point été traité antiseptiquement.

J'insisterai surtout sur celle des opérations de M. Bois qui est relative à un cas de flexion anormale des doigts par cicatrices vicieuses. Il s'agit d'une petite fille de trois ans qui, à l'âge d'un an, avait été brûlée à la main droite par du bouillon en ébullition. Il en était résulté des adhérences vicieuses consécutives. Le pouce était adhérent à l'index par la presque totalité de sa face interne.

L'index lui-même était maintenu en demi-flexion par une bride adhérent d'une part à la paume de la main, et d'autre part à la face antérieure des deux premières phalanges. Le médius et l'annulaire étaient maintenus dans une flexion complète par des brides analogues et plus épaisses.

Le pouce et l'index ont été opérés le 13 septembre 1889. Le pouce fut dégagé de ses adhérences par une incision perpendiculaire sur le milieu de la bride qui le reliait à l'index. Il en résulta, au côté interne du pouce, une plaie triangulaire, à sommet dirigé vers l'extrémité de ce doigt, plaie dont les bords furent disséqués et rapprochés autant que possible par plusieurs points de suture. Pour libérer l'index, le chirurgien eut recours au procédé préconisé par Denonvilliers et Verneuil. La bride qui le retenait fléchi fut circonscrite par deux incisions partant des côtés de la phalangine et remontant vers la paume de la main, de manière à se réunir en V au-dessus du sommet de la bride. Le lambeau a été disséqué de son sommet à la base et maintenu en place, après redressement complet du doigt; le sommet du V lui-

même a été rapproché par la suture, de façon à transformer sa forme en celle d'un Y, comme dans le procédé de Wharton Jones pour l'ectropion. Dès les premiers jours d'octobre, la guérison était obtenue, et le résultat était très satisfaisant. Les doigts opérés avaient recouvré leurs fonctions.

La seconde opération, ayant pour but le redressement du médius, fut pratiquée le 18 novembre, d'après les mêmes principes. Bien que, dans ce cas, une partie du lambeau se soit sphacélée, la cicatrisation était complète le 20 décembre, et le résultat aussi bon que pour l'index.

En nous adressant son observation, l'auteur ajoute qu'il se propose de compléter la cure par le redressement de l'annulaire. Vu l'intérêt du fait, il serait à désirer que le résultat définitif nous fût communiqué.

Messieurs, les observations que je viens d'analyser brièvement devant vous nous montrent que M. Bois est un chirurgien habile, et surtout rompu aux détails de la chirurgie antiseptique, ce dont nous ne saurions trop le féliciter.

Déjà son nom vous est connu par des travaux antérieurs. Je vous propose donc de déposer son travail dans nos archives en inscrivant son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Lecture.

M. Ricard lit l'observation d'un malade auquel il a pratiqué la *résection coxo-fémorale pour une luxation de la hanche.*

(Renvoyé à une commission composée de MM. Kirmisson, Périer, Nélaton, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Delens présente une jeune fille de 23 ans atteinte d'un *névrome plexiforme de la paupière supérieure gauche et de la région de la tempe.*

La tumeur est vraisemblablement congénitale, bien que la patiente signale un traumatisme, à l'âge de 13 mois, à la suite duquel elle serait apparue.

Une opération partielle a été pratiquée à la tempe, alors que cette

jeune fille avait 7 ans. Deux ans plus tard, elle est entrée à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, qui ne l'opéra pas.

Depuis, la tumeur s'est développée ; elle paraît avoir un prolongement dans l'orbite. Le globe oculaire est refoulé en dedans, en strabisme interne et à peu près impropre à la vision.

Bien que le volume de la tumeur ne s'accroisse plus, la difformité est assez choquante pour que la malade réclame une intervention. La paupière supérieure retombe sur la joue ; la peau est hypertrophiée et devra être réséquée sur une certaine étendue dans l'opération qui sera pratiquée.

Présentation d'appareils.

M. de Mooy, médecin en chef de l'armée néerlandaise, présente à la Société divers appareils et instruments sur lesquels M. Nimier fera un rapport.

Présentation de pièces.

Kyste du pavillon de la trompe,

Par M. Routier.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter est un kyste de la grosseur du poing, qui contenait un liquide brun et filant ; ce kyste est développé au niveau du pavillon de la trompe droite, dont les franges sont visibles sur la face interne de cette poche. Le canal de la trompe paraît ouvert; celle-ci présentait six ou sept tours de spire.

L'ovaire du même côté était criblé de gros kystes sanguins et formait une masse comme une petite mandarine.

Du côté gauche, l'ovaire était kystique et le pavillon de la trompe détruit par des adhérences, tandis que la trompe distendue était contournée sur elle-même et présentait le volume du pouce.

Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est d'une part la situation du kyste, développé au niveau du pavillon de la trompe; d'autre part l'absence d'adhérences de ce kyste, qui remplissait le petit bassin, malgré les cinq ou six tours de spire que présentait la trompe; ce kyste n'a pas été influencé par la torsion de son pédicule, comme le sont habituellement les kystes de l'ovaire.

Ostéo-sarcome à myéloplaxes du fémur droit. Dix ans d'évolution,

Par M. Routier.

Le fémur que j'ai l'honneur de vous présenter a été désarticulé ce matin chez un jeune homme de 17 ans, qui depuis l'âge de 7 ans se connaissait une tumeur à ce niveau.

Cette tumeur indolente et sans retentissement sur les fonctions des membres inférieurs a grossi peu à peu ; un peu plus vite depuis décembre 1889; c'est aussi depuis cette époque qu'elle a commencé à gêner ce jeune homme.

Cette tumeur, osseuse, solide, formant, d'après M. le professeur Cornil, un sarcome à myéloplaxes, était entourée en partie d'une collection liquide formée de sérum et d'amas d'apparences caséeuses qui étaient auprès du tissu sarcomateux.

Il existait des ganglions inguinaux, et on en sentait même dans la fosse iliaque.

Kyste hydatique du grand épiploon. — Péritonite concomitante,

Par M. Terrier.

Mme G..., de Milly (Seine-et-Oise), 42 ans, blanchisseuse, entrée le 21 avril 1890 à la salle Chassaignac, n° 6.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 11 ans; un enfant à 20; pas de fausse couche.

Sa santé était parfaite, lorsqu'elle a été prise, il y a cinq mois, après une journée de fatigue, de douleurs subaiguës dans la région de la fosse iliaque droite : ces douleurs ont disparu spontanément dans la nuit et le lendemain la malade a pu reprendre son travail. Les phénomènes douloureux sont revenus dans la soirée pour disparaître encore peu après, et tout s'est réduit pendant trois mois à cette douleur de la moitié sous-ombilicale droite du ventre, revenant régulièrement chaque soir et disparaissant dans la nuit. Si bien que la malade a continué son travail comme si de rien n'était.

Mais depuis deux mois son ventre a grossi, insensiblement d'abord, puis très rapidement, et c'est pour cette augmentation anormale de volume qu'elle est venue réclamer nos soins.

Pas d'autres phénomènes rationnels que les douleurs mentionnées.

Pas de vomissements, ni constipation, ni diarrhée; peut-être une inappétence légère, et même dégoût pour les aliments gras.

Elle entre à l'hôpital le 21 avril et, malgré le repos absolu qu'elle garde au lit, elle est prise, quatre jours après son entrée, de phénomènes péritonitiques. Nausées. Douleurs abdominales vives, généralisées. Température de 39°, puis tout rentre dans l'ordre. Au cinquième jour, les douleurs disparaissent, la température retombe à 37° et les troubles digestifs cessent complètement.

Mais dans les jours qui suivent, le développement du ventre fait des progrès, puis reste stationnaire.

Rien à noter depuis cette poussée péritonitique jusqu'au moment de l'opération. Etat général excellent; urines normales.

Signes physiques la veille de l'opération :

Mensuration. — Circonférence (ombilic), 110 centimètres; ombilic à l'appendice xyphoïde, 28 centimètres; ombilic au pubis, 25 centimètres; ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 27 centimètres; ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 27 centimètres.

L'examen du ventre est rendu difficile par le météorisme qui existe.

A la vue. — Le développement du ventre est régulier. Pas de dilatation des veines sous-cutanées.

Palpation. — La palpation donne peu de renseignements; on sent que l'on déplace les anses intestinales distendues, et l'on n'a pas la sensation nette d'une masse solide existant dans leur intervalle.

Percussion. — Mais la percussion permet de limiter une zone de submatité à contours arrondis répondant à la moitié droite de la portion sous-ombilicale de l'abdomen.

La sonorité est parfaite dans les autres régions; on n'a pas recherché le frémissement hydatique.

Toucher vaginal. — Légère induration dans le cul-de-sac postérieur.

Cette femme habite la campagne, n'a pas de chiens dans sa maison, mais il y en a, dit-elle, dans toutes les maisons voisines.

Opération, le 20 mai 1890, avec l'aide du Dr Quénu. — Incision sous-ombilicale de la paroi abdominale sur la ligne médiane ; on arrive après quelques tâtonnements au péritoine, qui est presque partout adhérent à l'épiploon. Celui-ci est d'ailleurs enflammé, épaissi et induré ; en détachant les adhérences à la paroi abdominale antérieure, il s'écoule du ventre un flot de liquide ascitique, mêlé de débris fibrineux filamenteux.

C'est, qu'en effet, on a affaire à une péritonite généralisée; les anses intestinales sont congestionnées, agglutinées ensemble et surtout adhérentes à l'épiploon, qui, je le répète, a acquis une épaisseur considérable et est œdématié.

En cherchant à détacher l'épiploon adhérent au détroit supérieur et à la vessie, on le déchire, et aussitôt apparaît une vésicule blanchâtre du volume d'une grosse orange qui ne tarde pas à se rompre: c'est une hydatide. On l'enlève avec facilité, ou plutôt on enlève ainsi toute la membrane fertile.

La péritonite résultait donc de la présence de ce kyste hydatique dans l'épaisseur de l'épiploon.

Celui-ci est séparé avec peine de ses adhérences vésicales et pariétales, et relevé en haut, jusqu'au niveau du côlon transverse.

Des pinces courbes, à pression, sont placées sur cet épiploon, et il est largement réséqué; mais quand on veut faire l'hémostase avec des

ligatures de soie disposées en chaîne, on ne peut y arriver, chaque fil sectionnant les parties qu'il entoure. Il faut multiplier le nombre de ces ligatures, diminuer le volume de la soie utilisée et peu serrer les tissus pour ne pas les couper. Toutes les brides épiploïques adhérentes, soit sur les parties latérales de la paroi, soit du côté du côlon descendant, sont liées et réséquées.

Enfin, avec des éponges et des compresses on s'efforce de nettoyer le péritoine, recouvert d'exsudats fibrineux; ceux-ci sont même grattés avec une curette en certains points, en particulier dans la fosse iliaque du côté gauche, aux environs de l'S iliaque.

Les parties rendues aussi nettes que possible, un gros drain est placé profondément, il vient saillir en bas de la plaie abdominale; puis on suture la paroi avec du fil d'argent pour les points profonds et du crin de Florence pour les téguments. Pansement au salol, gaze et ouate salolée. L'opération a duré trois quarts d'heure environ.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et aujourd'hui, 27 mai, la malade peut être regardée comme guérie. Cette guérison s'est confirmée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 28 mai 1890.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le deuxième volume du *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS (Masson, Paris, 1890) ;

3° *Leçons sur les maladies du larynx*, par le Dr E.-J. MOURE (de Bordeaux) (O. Doin, Paris, 1890) ;

4° *Réflexions sur quelques opérations d'ovariotomie faites à Clermont-Ferrand,* par le Dr LEDRU (Steinheil, Paris, 1890) ;

5° Lettre du Dr C. de MOOY, médecin principal de l'armée des Pays-Bas, candidat au titre de membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal.

Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum avec conservation du sphincter anal,

Par le Dr PAUL RECLUS.

J'ai pratiqué, il y a près d'un mois, l'extirpation d'un cancer du rectum, et je désire vous en communiquer la courte observation. Il s'agit d'un provincial de 47 ans, vigoureux et robuste, qui se croyait atteint d'hémorrhoïdes internes; un chirurgien fort distingué avait proposé l'établissement d'un anus iliaque; mais notre patient, trouvant le remède disproportionné au mal qu'il se croyait, s'était décidé à venir me consulter à Paris.

Je trouvai dans l'ampoule rectale, à 5 centimètres environ au-dessus du trajet sphinctérien, presque à la limite du doigt explorateur, une série de petits mamelons durs, arrondis et saignants; ils n'occupaient que le segment postérieur de l'intestin, environ dans un tiers de sa circonférence ; il nous fut fort difficile d'atteindre leur insertion supérieure ; mais, en somme, la masse totale, de figure elliptique à grand diamètre vertical, ne paraissait pas mesurer plus de 4 centimètres dans un sens et 6 dans l'autre ; l'infiltration n'avait pas dépassé la muqueuse, et la tumeur, absolument mobile, ne présentait aucune adhérence avec les organes du petit bassin.

La tumeur était si étroite et si mobile que j'espérais, par une incision postérieure et une résection du coccyx et d'un coin du sacrum, enlever la partie malade de l'intestin sans interrompre la continuité de l'intestin ; je pensais faire une perte de substance peu large, une sorte de fenêtre, qu'il me serait facile d'oblitérer par deux sutures réciproquement perpendiculaires et combinées de façon à ne pas amener un rétrécissement marqué du rectum. L'opération me paraissait simple, et elle aurait eu, en tout cas, le double avantage de respecter le sphincter et d'être radicale.

L'exécution en fut des plus simples : la désinsertion du périoste autour du coccyx et du sacrum donna du sang en abondance, mais qui fut étanché par un tamponnement de quelques minutes ; le rectum, largement découvert, fut réséqué dans ses parties indu-

rées, et je dépassai d'un centimètre environ les limites du mal; puis j'insinuai l'index dans la concavité du sacrum pour voir s'il existait dans le mésorectum quelques ganglions engorgés; je n'en trouvai pas, et l'extirpation de la tumeur était terminée.

Mais je m'aperçus que la portion restante du rectum, fortement rétractée, depuis mon excision, n'était plus représentée que par une étroite lanière antérieure, adhérente à la prostate et que je ne pouvais pas mobiliser pour une suture. Je me résignai alors à sectionner le sphincter pour manœuvrer plus à l'aise; j'excisai, par une dissection délicate, la bande restante du rectum et je me trouvai avoir enlevé un segment d'intestin haut de près de 8 centimètres. Mais le bout inférieur, très court, commençait juste au-dessus du trajet sphinctérien.

J'en fis cependant la suture; le bout supérieur se laissa facilement abaisser, et par une double rangée de points serrés à l'intérieur, les uns au catgut réunissant la muqueuse, les autres au crin de Florence enserrant toutes les tuniques de l'intestin et le sphincter, j'adossai le bout supérieur plissé, froncé en bourse, au bout inférieur, beaucoup plus étroit. Puis, ma suture terminée, j'en couchai les fils afin qu'ils puissent sortir par le futur orifice anal et je rapprochai les deux moitiés du sphincter par deux crins de Florence, afin de reconstituer cet orifice avec ses propriétés physiologiques et fonctionnelles. J'eus soin d'ailleurs de faciliter la sortie des gaz par un gros drain enrobé de tarlatane à la manière de Poncet (de Lyon). Je suturai enfin la large brèche postérieure, ne laissant au-dessus du sphincter qu'un espace de sûreté ouvert et bourré de tarlatane iodoformée.

Le résultat fut excellent : la température ne dépassa jamais 37°,5. Je craignais une fistule; elle ne se forma pas; la réunion immédiate fut obtenue, et la seule difficulté sérieuse que j'éprouvai fut d'enlever, au septième jour, ma suture profonde au crin de Florence. Je glissai sur mon doigt à travers le trajet sphinctérien les lames du ciseau et coupai, au jugé, sur le nœud le crin de Florence que tendait un aide. Au dixième jour, j'enlevai définitivement le tube qui assurait la sortie des gaz; je purgeai le malade, constipé jusqu'alors, et à cette heure, moins de quatre semaines après mon intervention, mon opéré, guéri, va regagner sa province.

Cette opération est, de toute évidence, supérieure à l'anus iliaque qu'on proposait à mon malade. En effet, celui-ci conserve son sphincter : il reste maître de l'heure de ses garde-robes, et de plus il n'a plus un cancer, il peut croire, et nous avec lui, à une guérison définitive. Aussi, je ne comprends pas les parallèles auxquels on se livre entre l'anus iliaque et les divers

procédés d'extirpation. Nous ne devons pas agir au hasard, et chaque méthode a ses indications. Lorsque l'extirpation est possible, il est évident qu'elle sera préférée, puisqu'elle est radicale et conserve le sphincter. Mais je crois qu'en ces derniers temps nous avons beaucoup trop étendu le domaine de l'extirpation, et nous avons tout l'air d'en être à la pratique des Allemands, il y a cinq ou six ans, pratique dont ils paraissent revenus.

Pour que l'extirpation soit légitime, il faut que le cancer qu'on veut enlever ne soit pas volumineux et adhérent; lorsqu'il a dépassé les limites de l'intestin et s'insère sur les organes voisins, l'opération est alors presque toujours incomplète; elle est suivie d'une repullulation immédiate; la fistule stercorale se forme, et elle est de plus infiniment dangereuse. Dans le premier mémoire de M. Kraske, la mortalité était de 50 0/0; 4 morts sur 8 opérés. Or, coïncidence singulière, dans les 8 cas qui ont été rapportés ici à la dernière séance, la mortalité était la même: 4 morts sur 8 opérés. Or, nous tenons de collègues qui n'assistaient pas à la séance ou qui ne sont pas membres de la société des cas inédits encore et qui sont loin d'améliorer la statistique.

Cette grande léthalité dans le cas de cancers adhérents et volumineux a d'autant plus refroidi l'enthousiasme que, lorsque l'opéré échappe à la mort, nous avons vu que la récidive rapide était de règle, qu'il se formait presque toujours des fistules stercorales et que le sphincter avait perdu ses fonctions. Aussi l'opéré se trouve-t-il dans une situation presque aussi grave que celui à qui on a pratiqué un anus iliaque, mais après avoir couru des dangers infiniment plus sérieux de par le fait de l'intervention. Voilà pourquoi on ne saurait adopter une méthode unique; le rôle de l'une finit justement où le rôle de l'autre commence.

Lorsque le cancer est petit, mobile, sans adhérences, on aura recours à l'extirpation, et la méthode de Kraske devient alors permise; l'opération est facile, la mortalité est presque nulle; le patient conserve un sphincter utile et peut espérer une guérison définitive. Lorsque, au contraire, le cancer est volumineux et adhérent, l'extirpation, fort dangereuse, ne donnerait guère comme état fonctionnel, si elle ne tuait pas le malade, que l'équivalent d'un anus iliaque. Il vaut donc mieux pratiquer d'emblée un anus iliaque dont la mortalité est, à cette heure, à peu près réduite à zéro.

Discussion.

M. Berger. Le diagnostic exact de l'étendue et de la profondeur des lésions est d'une extrême difficulté, et peut réserver même à l'explorateur le plus consciencieux de désagréables surprises,

d'autant qu'il ne peut se fonder sur des signes d'une valeur réelle.

J'ai pratiqué, il y a quinze jours, l'opération de Kraske sur un malade qui a succombé, après avoir subi une opération plus grave certainement que celle que je pensais devoir exécuter.

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, présentant, depuis trois ou quatre mois seulement, des accidents tels que constipation, selles douloureuses, hémorrhagies.

L'exploration me fit constater l'existence d'un cancer commençant à 3 centimètres environ de l'anus et remontant à une distance telle que le doigt n'atteignait que difficilement ses limites supérieures, et que j'évalue à 10 centimètres environ. La lésion était mobile et s'abaissait notablement ; de plus, il me semblait qu'elle était limitée et indemne de tout engorgement ganglionnaire. Je résolus d'avoir recours à la méthode de Kraske. L'incision postérieure, l'extirpation du coccyx et la résection du sacrum jusqu'au troisième trou sacré ne donnèrent lieu qu'à un écoulement de sang facile à maîtriser.

Les difficultés commencèrent lorsque, ces actes préliminaires accomplis, je dus isoler l'intestin.

Contre mon attente, je trouvai ce dernier entouré d'un tissu cellulaire dense, infiltré, contenant dans son épaisseur de nombreux ganglions dégénérés et le reliant fortement à toute la concavité sacrée jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral. La dissection du rectum au milieu de ces tissus altérés fut longue, difficile, donna lieu à une hémorrhagie assez abondante que je réprimai au moyen de tampons de gaze iodoformée.

Je pus enfin isoler l'intestin et, après ligature préalable de son bout supérieur avec la gaze à l'iodoforme, en faire la section. En bas, la dissection ne s'arrêta que tout à fait au voisinage de l'anus ; le sphincter ne pût qu'être partiellement conservé.

Je pus sans difficultés sérieuses cependant suturer le péritoine ouvert et rapprocher les extrémités de l'intestin. Je drainai la cavité traumatique, située en arrière de l'intestin.

L'opération avait duré deux heures environ et avait été, je dois l'avouer, particulièrement pénible. Bien que le pansement extérieur ait été fait au salol, des phénomènes non douteux d'intoxication iodoformique se manifestèrent bientôt. La température s'abaissa ; il survint de l'agitation, un délire continuel ; le pouls s'affaiblit peu à peu et le malade succomba dans le courant du troisième jour après mon intervention.

Deux circonstances m'ont particulièrement frappé dans ce cas. Ce sont d'abord les difficultés que présente un diagnostic parfait ; car ce ne fut qu'après l'incision sacrée accomplie que je pus me

rendre compte de l'envahissement cellulo-ganglionnaire péri-rectal.

Enfin, ce fait invite à se mettre en garde contre l'emploi des tamponnements exécutés avec la gaze iodoformée, riche en iodoforme comme celle que j'emploie dans mon service, et que je fais préparer pour mon usage personnel.

Ce fait malheureux ne m'empêche point de reconnaître l'excellence de l'excision sacrée, lorsqu'il s'agit d'extirper les cancers haut situés, ou de disséquer complètement et commodément ceux qui adhèrent à la prostate, au bas-fond de la vessie, et aux vésicules séminales. Quant à l'extirpation des cancers limités et accessibles, elle peut être exécutée bien plus simplement par les anciennes méthodes.

M. Pozzi. Je n'ai jamais observé d'accidents dûs à la gaze iodoformée, bien que j'en fasse un emploi large et fréquent dans mon service pour tamponner les plaies cruentées et les cavités séreuses. Il est vrai que je me sers de la gaze iodoformée ordinaire que je débarrasse par le battage de l'excès d'iodoforme qu'elle peut contenir, et que je conserve ensuite dans dos vases hermétiquement obturés.

J'ai pratiqué une fois l'opération de Kraske avec l'assistance de mon collègue, M. Marchand, chez une malade qui avait un cancer annulaire du rectum très haut situé, et qui paraissait très mobile. Au moment où j'entrepris l'opération, la malade présentait des accidents d'obstruction intestinale.

Après les incisions et excisions préalables, je me trouvai en présence d'un cancer du rectum, auquel adhérait la convexité d'une anse de l'S iliaque prolabée dans le petit bassin. La convexité adhérente de l'anse avait subi elle-même la dégénérescence épithéliomateuse. La résection intestinale fut quadruple; je dus me résigner à fixer à la peau de la région sacrée le bout supérieur de l'anse formée par l'S iliaque, et établir ainsi un véritable anus artificiel ilio-sacré. La malade succomba le quatrième jour et rendit régulièrement jusque-là ses matières par cette voie. Cet exemple montre qu'il ne faut considérer en définitive l'opération dite de Kraske que comme une incision préliminaire, d'exploration si l'on veut, permettant de se rendre un compte plus ou moins exact des lésions, qui autorise à continuer ou engage le chirurgien à choisir une autre méthode.

M. Richelot. M. Berger nous dit que la méthode de Kraske lui paraît convenir aux cancors propagés très haut, mais que pour les petits cancers limités « ce n'est pas la peine d'y avoir recours » Cette proposition, que je ne puis admettre, me donne l'occasion de

vous dire comment je conçois cette nouvelle méthode, en m'appuyant sur un fait que j'ai observé tout récemment. L'opération date d'hier matin.

A mon sens, il y a deux points à considérer dans l'ablation des cancers du rectum par la voie sacrée : 1° c'est une voie nouvelle qui donne beaucoup de jour et qui permet de monter très haut pour enlever sans trop de peine des cancers très envahissants. Envisagée de la sorte, l'opération de Kraske est une audace nouvelle de la chirurgie moderne, qu'il ne faut pas absolument condamner, parce que les audaces peuvent être heureuses et légitimes. Néanmoins, c'est à ce point de vue qu'elle est discutable, comme sont discutables toutes les opérations à grands délabrements dirigées contre les cancers envahissants, quelle que soit la région, rectum, utérus, langue; 2° c'est une opération qui permet, si le cancer est haut situé, de conserver la région sphinctérienne. Si je ne me trompe, c'est là que réside l'intérêt principal de la méthode. Supposez un cancer bien limité aux tuniques de l'intestin, franchement opérable, et laissant au-dessous de lui une certaine longueur du rectum intacte. Les procédés classiques sacrifient le sphincter : si la plaie n'est pas réunie, on est exposé à l'incontinence et au rétrécissement; si on attire le bout supérieur, comme nous l'avons fait depuis quelques années pour le souder à la peau, on évite le retrécissement, mais on a l'incontinence. Quelle différence par la voie sacrée ! On enlève le mal aussi complètement, on est même plus sûr de le bien dépasser, enfin on garde la région sphinctérienne, ce qui est un énorme avantage. Dire que « ce n'est pas la peine » est, à mon avis, une erreur d'interprétation. L'opération n'est pas plus difficile, au contraire; on opère à ciel ouvert, on voit bien les artères et on les saisit tranquillement, on perd moins de sang, on ménage plus sûrement les organes voisins. De telle sorte que, si je voulais poser dès maintenant les indications vraies de la méthode de Kraske, je les chercherais dans les cas de cancer à siège élevé, épargnant la région sphinctérienne, mais d'ailleurs bien circonscrits et franchement opérables. Je fais donc en résumé, deux parts dans l'opération susdite : je la trouve acceptable avec beaucoup de réserves, et plus brillante qu'utile, dans les cancers envahissants; j'y vois au contraire une méthode de choix et une très heureuse innovation dans certaines formes de cancers limités.

M. Berger. Les signes que nous possédons sont incapables bien souvent, ainsi qu'en témoigne le cas que je viens de rapporter, de renseigner d'une façon certaine sur des conditions même très essentielles à connaitre, telles que l'étendue, la mobilité, l'état

d'envahissement plus ou moins considérable des tissus voisins, que peuvent présenter les cancers du rectum.

M. Richelot. Mon collègue Berger se demande comment on peut savoir qu'un épithélioma très élevé est en même temps circonscrit. Je répondrai qu'il y a des cas où le diagnostic peut être porté avec assurance. Avant mon opération d'hier matin, dont j'osais à peine vous parler tant elle est récente [1], j'étais sûr de me trouver dans un cas de ce genre; le diagnostic était facile. Mon doigt trouvait, à une assez longue distance du sphincter, le bord inférieur du néoplasme, et le bord supérieur à 3 ou 4 centimètres plus haut; c'était un cancer annulaire, n'épargnant qu'une bande de muqueuse en arrière. De plus, il était mobile; en accrochant son bord supérieur, je le faisais descendre, preuve qu'il n'envahissait pas les tissus voisins, et que j'aurais pu l'enlever par les procédés classiques. Si j'ai pris la voie sacrée, c'est de propos délibéré, parce que j'y voyais les avantages suivants : opérer plus à l'aise, épargner le sang, être sûr de ne pas ouvrir le péritoine ou ne l'ouvrir qu'à bon escient, enfin et surtout conserver le sphincter. Et de fait, l'opération a été longue et minutieuse, mais pleine de sécurité : j'ai pincé facilement les artères, j'ai tout enlevé *de visu*, j'ai fait un accroc au péritoine que j'ai fermé à mon aise; et mon malade sera mieux guéri que par toute autre méthode, guéri sans infirmité.

Je reconnais qu'on peut tomber sur un diagnostic plus obscur. Eh bien, si l'incision sacrée fait découvrir une tumeur plus envahissante qu'on ne le croyait, on ira jusqu'au bout en cas de lésions encore accessibles, ou bien, comme le conseille M. Pozzi, en présence de trop grands désordres, on fermera l'incision exploratrice et on fera l'anus iliaque.

Mais, à côté de ces exemples où l'on est conduit par les événements, à côté de ces opérations complexes dont la valeur est toute relative, il y a l'opération de Kraske « qui sert à quelque chose », comme le disait tout à l'heure M. Terrier. Je tiens à dire encore une fois que les cancers limités et franchement opérables constituent sa meilleure indication.

M. Terrier. L'expérience que j'ai personnellement acquise au sujet de l'opération de Kraske me conduit aux conclusions que vient d'exposer M. Richelot. Elle est, en effet, surtout applicable aux cancers peu étendus relativement, quoique assez élevés, annulaires et mobiles, à la condition qu'ils ne soient point compliqués de phénomènes aigus d'obstruction intestinale, cas auquel je

[1] Le malade, opéré le 27 mai, est en pleine voie de guérison (10 juin).

n'hésiterais point à pratiquer, préalablement à toute autre intervention, un anus artificiel.

Si dans les conditions que je viens de préciser, la région sphinctérienne est libre, l'opération dite de Kraske me semble absolument indiquée.

Quant à établir une statistique renseignant sur la gravité ou l'efficacité de cette opération, cela me semble actuellement impossible.

Il n'y a point de comparaison à faire entre les cas où la lésion organique était bien isoler, facile à limiter, sans complications circonvoisines, et ceux présentant des altérations graves, comme dans le cas de M. Berger, ou des complications tout à fait imprévues, comme dans celui de M. Pozzi.

Comment enfin comparer l'opération typique du chirurgien allemand avec celles qui, après avoir sacrifié le coccyx et le sacrum, se sont terminées par la section des sphincters ?

Il ne faut pas conclure non plus absolument de la conservation de la région sphinctérienne à son bon fonctionnement. Dans les incisions postérieures préliminaires, il arrive que les nerfs qui animent les sphincters soient intéressés. On observe alors une incontinence passagère analogue à celles qui succèdent aux opérations pratiquées suivant les anciennes méthodes. Chez un Allemand qui avait déjà subi plusieurs opérations, j'ai fait l'extirpation d'un rétrécissemont, avec conservation des sphincters. Ces derniers ont été paralysés par le fait de l'opération, et le malade a conservé assez longtemps une incontinence. Un malade de 61 ans, auquel j'avais extirpé un cancer du rectum par la méthode de Kraske, a eu également de l'incontinence, malgré la conservation de ses sphincters.

Quant à la gravité de l'opération en elle-même, elle varie nécessairement avec celle des lésions, et la simple énonciation du fait comporte, me semble-t-il, toute la valeur d'une vérité aphoristique.

M. Pozzi. Je crois très mauvais de pratiquer l'extirpation d'un cancer du rectum, lorsque ce dernier donne lieu à des phénomènes d'obstruction aiguë de l'intestin. Aussi n'ai-je agi ainsi qu'en présence du refus formel de ma malade de se soumettre à la création d'un anus artificiel.

Je suis d'avis que l'opération de Kraske mérite de rester dans la pratique, ne fût-ce que comme une incision exploratrice permettant de reconnaître exactemant les lésions, et de s'abstenir si les conditions se présentent sous un aspect trop défavorable.

M. Reclus. Je me suis mal fait comprendre peut-être ; mais je

suis du même avis que M. Terrier et pense comme lui qu'on ne peut comparer l'opération que j'ai exécutée avec celles beaucoup plus graves que viennent de rapporter MM. Berger et Pozzi. J'ai dit que les différents cas présentent des indications particulières auxquelles il faut savoir obéir.

La question est, du reste, plus ancienne en Allemagne que chez nous, et des chirurgiens de mérite, tels que König, Madelung, etc., au dernier Congrès des chirurgiens allemands, se sont élevés contre les tentatives hardies et peut-être abusives qu'avait encouragées l'opération de Kraske, pour revenir à des pratiques moins rigoureuses et plus en rapport peut-être avec la véritable utilité que peuvent retirer les malades de nos interventions.

M. Terrier. Quoi qu'en dise M. Reclus, nos manières d'envisager la question pendante sont fort différentes. Il est des malades, et je ne puis que les approuver, qui aiment mieux courir de graves dangers que d'avoir à supporter la pénible infirmité d'un anus hors de son lieu normal.

Je suis donc résolu à tenter tout le possible en faveur de l'extirpation du rectum cancéreux, pour éviter la création d'un anus artificiel.

Communication.

M. Tuffier fait une communication sur la *cystopexie*.

Renvoyé à une commission composée de MM. Bouilly, Reclus, Terrier, rapporteur.

Présentation de malades.

1° *Mégalopodie. Opération,*

Par M. Paul Berger.

M. Paul Berger présente un malade atteint de *mégalopodie*, auquel il a fait subir une opération. Il montre également le moulage du pied fait, par M. Baretta avant l'opération.

Il s'agit d'une petite fille âgée de 2 ans et demi qui était venue au monde avec un très gros pied : la difformité, depuis sa naissance, n'avait cessé de s'accroître et était une gêne pour la marche. L'hypertrophie portait uniquement sur l'avant-pied, et principalement sur son segment interne ; le 4e et le 5e métatarsiens n'étaient pas augmentés de volume, non plus que les orteils qu'ils supportaient ; mais toute la région correspondant aux 3e, 2e, 1er métatarsiens et aux orteils qu'ils supportaient était énormément accrue en longueur et en épaisseur. Le gros orteil était quadruplé de volume au moins, mais le 1er métatar-

sien ne paraissait pas hypertrophié. Le 2e et le 3e orteils, fusionnés en syndactylie, étaient encore plus longs et plus volumineux ; le 2e métatarsien semblait fort allongé et d'un diamètre supérieur à celui du 1er ; enfin toutes les parties molles de la face dorsale, mais surtout de la face plantaire du pied, étaient le siège d'une tuméfaction diffuse, élastique, pseudo-fluctuante, où l'on reconnaissait la consistance d'un développement lipomateux du tissu cellulaire sous-cutané.

Pour améliorer l'état du pied en diminuant le volume, en lui conservant sa forme générale, M. Berger pratiqua l'opération suivante, dont il montre le résultat :

1° Une incision en V, aboutissant entre le 1er et le 2e orteil d'une part, entre le 3e et le 4e de l'autre, et se terminant en pointe vers la région tarso-métatarsienne, permit d'enlever, avec les deux orteils fusionnés et hypertrophiés, la plus grande partie du lipome plantaire et dorsal et la presque totalité du 2e métatarsien, qui fut coupé près de son extrémité postérieure.

2° La 2e phalange du gros orteil fut amputée ; la 1re fut conservée pour servir de point d'appui dans la marche.

Une réunion complète, sans hémostase et sans drainage, fut pratiquée pendant que le membre était encore sous la bande d'Esmarch. Les suites furent très simples ; l'enfant marche bien, avec un pied qui est toujours un peu plus épais et un peu plus lourd que le pied opposé, mais dont la longueur est la même et dont la forme est aussi peu modifiée que possible.

2° *Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Opération en deux séances. Guérison,*

Par M. Polaillon.

Le résultat opératoire que l'on peut constater chez cette jeune fille de 20 ans a été obtenu en deux opérations successives. J'avais remarqué que, dans les opérations de palato-plastie, on est ordinairement très gêné par l'hémorrhagie qui résulte des incisions latérales. J'avais donc résolu de faire l'opération en deux séances.

Le 2 mai dernier, je fis, de chaque côté, près des gencives, une incision allant d'avant en arrière jusqu'au voile du palais et intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse. Je commençai à décoller le lambeau interne. Puis je laissai la malade à elle-même. Elle avait été insensibilisée avec la cocaïne. L'écoulement du sang résultant de ces deux incisions fut facile à arrêter.

Le lendemain, 3 mai, la malade fut endormie avec le chloroforme. Les bords de la division furent avivés. Puis, facilement, et sans être gêné par l'hémorrhagie des artères palatines, les deux lambeaux en pont furent décollés des os sous-jacents. Neuf points de suture en fils d'argent, passés avec l'aiguille de Reverdin,

rapprochèrent les deux lambeaux sur la ligne médiane. Ces sutures furent enlevées successivement à partir du sixième jour.

On peut voir aujourd'hui, vingt-cinq jours après l'opération, que la réunion ne laisse rien à désirer et que la nouvelle voûte palatine est très solide.

3° *Ostéotomie double pour double genu valgum*,

Par M. Paul Reynier.

J'ai l'honneur de présenter à la société de chirurgie, une jeune fille de 25 ans, à laquelle j'ai fait, il y a six ans, dans le service de M. Duplay que je remplaçais à cette époque, une ostéotomie double, avec le ciseau de Mac Ewen, des deux fémurs pour un double genu valgum.

L'ostéotomie fut pratiquée juste au-dessus des deux condyles fémoraux.

A la suite il n'y eut aucun accident, et aujourd'hui on peut voir que les jambes de la malade sont dans la rectitude absolue.

De plus, j'attire l'attention de la société sur l'état des articulations des deux genoux; la malade n'a aucun mouvement de latéralité et aucune raideur articulaire.

Elle peut, étant debout, fléchir le genou de façon à frapper avec son talon, ses fesses. Je ne crois pas qu'on puisse, avec l'ostéoclasie, avoir un résultat aussi parfait au point de vue du fonctionnement de l'articulation. — L'ostéoclasie, malgré la perfection des appareils, est toujours plus brutale dans ses effets, et l'articulation reste moins que dans l'ostéotomie, en dehors du traumatisme.

Discussion.

M. Verneuil. Le bon fonctionnement de l'articulation du genou tient à l'état dans lequel elle se trouvait avant l'opération, car avec les instruments actuellement en usage, on n'observe aucun retentissement du traumatisme opératoire sur elle.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 4 juin 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses*, par le Dr J. Reboul (*Thèse de Paris*, 1890, prix Duval) ;

3° *Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital d'Helsingfors pour l'année* 1888, par le professeur F. Saltzman, membre correspondant étranger ;

4° *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1888-1889, brochure in-8°. Nancy, 1890.

A propos du procès-verbal.

M. Marchand. On a répété à plusieurs reprises, au cours de la discussion soulevée par le rapport de M. Routier, que l'excision sacrée préconisée par Kraske pour faciliter l'accès des cancers du rectum haut situés ne constituait point le véritable mérite de la méthode, et que toute son originalité gisait dans la conservation de la totalité de la région sphinctérienne qui, suturée à l'intestin abaissé, assurait une guérison dépourvue des fâcheux désagréments de l'incontinence.

Or, Kraske ne prétend certainement point au mérite d'avoir, le premier, proposé et exécuté cette heureuse modification du procédé de Lisfranc.

Dieffenbach, il y a fort longtemps, avait adapté à l'extirpation des cancers du rectum situés au-dessus des régions sphinctériennes, une opération qui a la plus grande analogie avec la mé-

thode en discussion, quant à ce qui concerne la conservation de la zone des sphincters.

Voici comment il procédait : il pratiquait une double incision sur l'anus ; une, en avant, était prolongée jusqu'au raphé périnéal, c'est-à-dire au voisinage du bulbe chez l'homme ; l'autre, en arrière, s'étendait jusqu'au coccyx. Elles divisaient non seulement toute l'épaisseur des sphincters, mais encore toute la portion d'intestin qui, étant située au-dessus d'eux, n'était point envahie par la lésion.

Les deux moitiés de l'intestin ainsi divisé étant fortement écartées, on pratiquait de chaque côté, et immédiatement au-dessus de la lésion, une incision horizontale reliant les incisions postérieure et antérieure. On constituait ainsi deux lambeaux très épais, de forme quadrilatère, comprenant non seulement les sphincters divisés, mais toutes les parties molles adjacentes situées en dehors de l'intestin et limitées en bas par la marge de l'anus, en avant et en arrière par la double incision verticale (périnéale et coccygienne), en haut par l'incision horizontale séparant définitivement la portion saine de l'intestin de la partie à extirper.

Cette dernière était disséquée, abaissée ; puis, après excision circulaire de la lésion organique, son bout inférieur était suturé au bout supérieur des lambeaux quadrilatères susdécrits.

Cette réunion circulaire étant accomplie, il ne restait plus qu'à rapprocher les deux incisions verticales sphinctériennes, ce qui était exécuté soigneusement par un double plan de sutures profond et superficiel.

Je juge inutile d'insister sur des analogies qui s'imposent, d'autant que dans de nombreuses observations où des chirurgiens voulaient exécuter l'opération typique de Kraske, on a dû recourir soit à des extirpations partielles de la région des sphincters, soit même à des incisions plus ou moins profondes, voire même à des divisions complètes du cylindre sphinctérien, ayant pour but de faciliter les manœuvres opératoires.

M. Terrier. Je ne pense point qu'une suture puisse balancer les inconvénients d'une section du sphincter. J'ai dû, à deux reprises, chez des malades dont j'ai entretenu la Société (et notamment chez l'Allemand porteur d'un rétrécissement congénital que j'ai excisé), faire l'incision en arrière de la région sphinctérienne. Malgré une suture soignée, mes deux malades ont eu de l'incontinence pendant quelque temps. Une incision pratiquée non plus sur la ligne médiane, mais sur les côtés du coccyx et les parties latérales du sacrum, permettrait de ménager bien plus sûrement les organes auxquels sont dévolues les fonctions de la région ano-

sphinctérienne, et serait en tout cas bien préférable à l'incision postérieure de Dieffenbach, qu'elle rendrait inutile.

M. Quénu. Chez un malade qui portait un cancer assez haut situé, n'intéressant que la demi-circonférence postérieure de l'intestin, j'ai pratiqué l'opération de Dieffenbach, moins la section antérieure. Malgré une suture de la division du sphincter, mon malade a conservé une incontinence qui persiste encore aujourd'hui, bien que l'opération remonte à deux ans.

M. Pozzi. L'incision que mentionne M. Terrier et que j'appellerais volontiers para-sacrée, a été proposée par Wölfler non seulement pour l'extirpation des cancers du rectum, mais pour celles du col ou du corps de l'utérus. Cette incision préliminaire me semble excellente, et je me propose d'y avoir recours à la première occasion.

Elle peut parfois être suffisante par elle-même et permet en tout cas d'exécuter facilement les excisions osseuses de Kraske, si on les juge utiles.

M. Marchand. Il ne convient pas de rejeter en bloc, comme frappées d'insuffisance, les diverses sutures que l'on peut pratiquer sur les sphincters. Tous les chirurgiens savent que la soudure des extrémités du sphincter anal se fait parfaitement au moyen des sutures actuellement en usage dans la périnéoplastie.

Tout récemment encore, dans mon service de Saint-Louis, j'ai obtenu l'intégrité fonctionnelle d'un sphincter déchiré complètement cinq mois auparavant, chez une malade présentant une rupture totale du périnée remontant à 5 centimètres sur la cloison recto-vaginale.

Dans les extirpations par la méthode ancienne, il n'était point rare que l'instrument laissât, en dehors de l'incision anale, une partie plus ou moins considérable du sphincter. Cette conservation voulue ou accidentelle était souvent suivie d'une sphinctérisation très suffisante du nouvel anus.

M. Quénu. Les cas de suture du sphincter dans la périnéoplastie ne sont point comparables à ceux qu'on fait succéder à l'extirpation du rectum, qui se complique toujours de délabrements considérables, de décollements étendus, voire même d'excisions du squelette.

M. Terrier. Les raisonnements par analogie ne peuvent aller à l'encontre des faits. Or, chez l'Allemand auquel j'ai pratiqué l'opération de Dieffenbach, moins l'incision antérieure, pour l'extirpation d'un rétrécissement congénital du rectum, il y a eu une incontinence temporaire qui s'est prolongée un certain temps.

M. Verneuil. Les sections médianes postérieures seules ou combinées à l'extirpation du coccyx ne conduisent pas toujours à l'incontinence. Dans les rectotomies, le sphincter souvent se rétablit très bien. J'ai opéré, il y a vingt-cinq ans, un enfant né avec une imperforation du rectum. L'intestin étant resté très haut, je dus exciser le coccyx pour arriver jusqu'à lui et le suturer à la peau. L'enfant guérit et est devenu un homme que je vois de temps à autre et dont l'anus fonctionne très bien.

La section simple n'expose donc pas à l'incontinence ; il n'en serait peut-être pas de même de la section double.

M. Berger. On a exagéré les inconvénients de la section postérieure du sphincter. J'ai fait un certain nombre de rectotomies très élevées, et mes malades n'ont éprouvé une véritable gêne que dans les cas où ils étaient pris de diarrhée. Presque tous conservaient les matières solides cinq à six heures et n'éprouvaient aucun inconvénient, si ce n'est celui que je viens de signaler.

Dans les rectotomies inférieures, le sphincter se reconstitue au bout d'un certain temps, à tel point que le toucher rectal permet de sentir sa contraction.

M. Quénu. Les exemples que vient de rapporter M. Berger sont peu démonstratifs et ne s'appliquent aucunement à ce qu'on observe dans les cancers du rectum.

Avant l'opération, les malades porteurs de rétrécissements sont frappés depuis longtemps déjà d'incontinence pour les liquides et les gaz. Lorsque, après cette dernière, il s'est formé un rétrécissement cicatriciel et non un sphincter, dont j'ai constaté l'absence dans un cas, les malades revenus dans l'état où ils étaient avant l'intervention ne songent pas à se plaindre. S'il s'agit d'un cancer du rectum, au contraire, les malades dont le sphincter fonctionnait normalement avant l'opération sont bien plus affectés de leur infirmité.

M. Routier. L'incontinence ne se montre après l'opération de Kraske qu'en raison des incisions qu'il faut souvent faire descendre très bas.

Mais si la région des sphincters a pu être ménagée, l'opération donne les résultats les plus satisfaisants.

L'incontinence relative dont sont frappés les malades de M. Berger me semble un pis-aller que, pour moi, je trouve insuffisant.

M. Richelot. L'incontinence se montre surtout, non quand les sphincters sont simplement incisés, mais lorsque la région elle-même est sacrifiée en entier. La comparaison doit donc être établie surtout entre les méthodes anciennes et l'opération de Kraske

typique. Je conviens, du reste, que cette dernière ne donne les résultats qu'elle promet que s'il est possible de conserver un segment inférieur de l'intestin d'une certaine hauteur.

M. Verneuil. La rectotomie postérieure a donné des résultats prochains et éloignés très satisfaisants. Aussi suis-je étonné que M. Quénu ait constaté la disparition complète du sphincter anal, d'autant que, le plus souvent, le rétrécissement siégeant à 3 ou 4 centimètres de l'anus, cette région reste absolument saine.

L'incontinence ne peut se montrer que dans les cas de syphilome ano-rectal ayant infiltré la région en totalité. Dans ce cas même, je donne la préférence à la rectotomie, car mon expérience m'a appris que, même alors, ses résultats sont supérieurs à ceux de l'extirpation.

Rapport.

Observations de chirurgie, par M. le Dr Moty, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

Parmi les faits intéressants que nous a communiqués M. Moty, je citerai d'abord :

Obs. I. — *Laparotomie pour rupture traumatique de l'intestin.*

Un militaire frappé dans la nuit, étant de garde d'écurie, d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen, entre à 8 heures et demie du matin au Val-de-Grâce, le 15 novembre 1889. Soumis immédiatement à une observation attentive, on soupçonne bientôt une perforation de l'intestin, dit notre collègue, à cette particularité que le blessé ne peut absorber une goutte de sa potion opiacée sans éprouver aussitôt de violentes douleurs dans le ventre. Cependant on hésite encore, quand la péritonite éclate franchement à 4 heures et demie du soir, dix heures après le traumatisme.

La laparotomie médiane est pratiquée à 5 heures du soir, à la lumière d'une lampe. Elle fait reconnaître une déchirure transversale, de 2 centimètres d'étendue, siégeant sur la face supérieure d'une anse horizontale de l'intestin grêle. La muqueuse est réduite, la séreuse suturée avec quatre points au crin de cheval, le péritoine lavé à l'eau boriquée chaude.

Les suites de l'opération furent d'abord très simples ; tous les signes de péritonite disparurent pour ne plus revenir. Mais la suture de la paroi abdominale céda au bout de huit jours, et M. Moty fut obligé, après réduction de l'épiploon hernié, de pratiquer la réunion secon-

daire. Le malade nous a été présenté le 8 janvier 1890 ; il était absolument et définitivement guéri.

J'ai trop souvent ici soutenu la cause de la laparotomie dans les blessures pénétrantes de l'intestin, pour avoir une opinion différente dans les contusions de l'abdomen avec probabilité d'une déchirure de l'intestin. Je ne veux pas revenir sur l'histoire de ces traumatismes, je n'ai rien à y ajouter ; mais je suis heureux de constater le succès obtenu par M. Moty. J'ai deux fois assisté à des interventions de même ordre, et les deux fois, opérant seulement au second, au troisième jour après l'accident, en pleine péritonite, j'ai acquis la conviction que l'opération hâtive était indiquée comme étant seule utile. Quand les matières épanchées dans la séreuse ont amené la production de pus, de fausses membranes, l'adhérence des anses intestinales, il est presque impossible de bien voir ce qu'on fait. La recherche des lésions devient bien plus pénible ; l'opération se prolonge ; on fait de la mauvaise besogne parce qu'on a trop attendu.

Le fait de M. Moty prouve également qu'une installation spéciale n'est pas indispensable pour la pratique d'une laparotomie ; elle démontre qu'il ne faut pas, s'appuyant sur des obstacles matériels que l'on juge insurmontables, rejeter l'ouverture de l'abdomen, la suture des intestins lésés, du cadre des opérations de la chirurgie aux armées et en campagne.

Obs. II. — *Trépanation du crâne pour ostéite, suite de coup de feu.*

Il s'agit d'un militaire blessé au Tonkin, le 23 avril 1889, par une balle qui fractura le crâne en l'atteignant tangentiellement d'arrière en avant. Lo blessé entre au Val-de-Grâce le 20 août, présentant à la partie moyenne du pariétal droit une plaie ovalaire, qui se prolonge en avant par une cicatrice déprimée. Cette plaie suppure abondamment, mais le stylet conduit d'avant en arrière, pénètre dans la cavité du crâne, sans déceler la présence d'aucun corps étranger. En raison de la persistance de la suppuration et dans la crainte d'accidents, une couronne de trépan, sans perforatif, est appliquée le 9 octobre sur la perte de substance osseuse. Après ablation de la rondelle d'os, on reconnaît que le pus provient des parties antérieures du crâne. Un stylet pénètre sous la voûte de 5 centimètres en avant et en dedans. Une seconde couronne, appliquée en ce point, ouvre le fond du cul-de-sac purulent ; il ne renferme pas de corps étranger. L'examen des rondelles osseuses montre que la lame vitrée du pariétal est atteinte d'une ostéite propagée le long d'une fissure.

Aucun accident ne suivit cette intervention, la suppuration cessa rapidement, et la guérison, après trois mois, ne s'était pas démentie. Nous ne pouvons donc qu'approuver la conduite de M. Moty ; elle était parfaitement indiquée.

Obs. III. — *Ostéite tuberculeuse du pubis. Ablation de la moitié gauche de la symphyse. Guérison.*

Un soldat, P..., âgé de 23 ans, de bonne santé habituelle, éprouve, en juin 1889, dans l'aine et la cuisse gauche, des douleurs que la fatigue exaspère. Bientôt une tuméfaction profonde apparaît dans son adducteur, et le malade, soigné d'abord à l'hôpital militaire de Vincennes, est évacué sur le Val-de-Grâce le 1er novembre. M. Moty juge que la tumeur, lisse, dure, élastique, fluctuante, irréductible, indolore à la pression, siège dans les muscles adducteurs, et qu'elle est plus que probablement de nature tuberculeuse.

Une incision faite le 22 novembre, à la face interne du membre, conduit, en effet, au travers de quelques fibres musculaires, sur une poche translucide, gris-perle, dont les parois, se déchirant pendant les tentatives d'isolement, laissent échapper un liquide sombre, avec des grumeaux caséeux et quelques parcelles d'os. Il est facile de nettoyer, de curer toutes les parties inférieures de la cavité suppurante; mais en remontant vers son pédicule, vers son insertion au pubis, le doigt reconnaît que ce dernier os est dénudé dans une certaine étendue. Des tentatives d'évidement avec la gouge à main de Legouest, font reconnaître un volumineux séquestre mobile, dont l'extraction, par la voie inférieure, nécessiterait la désinsertion des adducteurs sur une grande étendue. Au contraire, en prolongeant l'incision en haut, jusqu'à hauteur de l'épine pubienne, en y ajoutant une section transversale qui dépasse en dedans la symphyse, on peut, sans intéresser le cordon, mettre à jour et extraire la partie nécrosée. Autour d'elle le périoste épaissi de l'os resté sain, protège les parties voisines, et principalement le canal de l'urèthre.

Le séquestre comprend la plus grande partie, la presque totalité de la symphyse chondro-pubienne gauche. La cavite est nettoyée, touchée au thermo-cautère, saupoudrée d'iodoforme. Un drain volumineux sort par une contre-ouverture périnéale. Pansement à la gaze iodoformée et à la tourbe; suintement sanguin abondant tous les quatre jours; jusqu'au 16 décembre la cavité séquestrale est chauffée au thermo-cautère pour en modifier les parois. Elle se comble, au reste, fort rapidement, et la cicatrisation est complète à la fin de décembre; le malade marche sans éprouver aucune douleur.

Notre collègue fait suivre son observation de plusieurs remarques que nous allons analyser :

1° Il est possible d'enlever une partie et même la totalité de la symphyse du pubis sans intéresser l'urèthre; son malade urina sans douleurs trois heures après l'opération. Certes, M. Moty a raison, mais chez son opéré il s'agissait d'un séquestre mobile, enfermé dans une loge à parois épaisses, enveloppé d'une couche osseuse de nouvelle formation qui mettait à l'abri les tissus mous du voisinage. Bien plus délicate serait l'intervention s'il fallait enlever un os adhérent à son périoste, et bien plus grandes seraient

les chances d'accidents de voisinage, tant vers la vessie que vers l'urèthre et le périnée.

2° La mobilité du cordon permet de le déplacer et de donner aux incisions l'étendue nécessaire ; aucune réaction vers l'épididyme n'a été observée.

3° Une contre-ouverture périnéale évite la stagnation des liquides dans la cavité du séquestre difficile à aseptiser; elle sera faite vers la branche descendante du pubis et plutôt un peu en dehors.

4° L'origine de cette tuberculose locale est d'interprétation difficile, et M. Moty est porté à l'envisager comme une localisation d'une infection générale. Il n'en résulte pas que l'intervention soit inutile, car elle supprime un foyer tuberculeux, cause de gêne fonctionnelle et de vives douleurs. Aussi est-il bon de faire suivre au patient un traitement général tonique, afin de le préserver, s'il est possible, de nouvelles manifestations de la diathèse. Nous acceptons pleinement les réserves de notre collègue. Bien que nous soyons portés à admettre que dans les tuberculoses locales, la porte d'entrée reste bien souvent ignorée, sans qu'on soit en droit, pour cela, de croire à une infection générale, nous ne pouvons nier qu'une manifestation tuberculeuse, si limitée, si périphérique qu'elle paraisse, ne soit le plus souvent l'annonce d'autres lésions bacillaires. Déjà l'opéré de M. Moty, au moment où il nous l'a présenté, se plaignait, deux mois et demi après l'intervention, de douleurs vagues de l'autre côté de la symphyse. Si l'exploration n'indiquait encore aucune altération osseuse perceptible, il était à craindre cependant que les os ne fussent attaqués. Disons donc, comme notre collègue, que d'ici à quelques années le mot de *guérison* ne saurait être exactement appliqué à l'heureuse terminaison de l'intervention locale.

Messieurs, j'ai résumé, trop brièvement peut-être, mais je l'ai fait ainsi pour ne pas fatiguer votre attention, les faits intéressants qui nous ont été communiqués par M. Moty. Je vous propose : 1° de lui adresser nos remerciements; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Épithélioma volumineux du rein gauche. Ablation par la voie abdominale. Guérison complète depuis vingt-huit mois.

Par le Dr Terrillon.

Mme X..., âgée de 45 ans, entrée le 1er février 1888, à la Salpêtrière. Sans accuser aucun antécédent héréditaire ni personnel, elle fait

remonter à six mois l'origine de sa maladie. Elle eut alors, pendant trois jours, de violentes douleurs du côté gauche, suivies d'hématuries pendant trois à quatre jours. Le liquide était du sang pur; la miction n'était pas douloureuse. Au même moment, la malade s'aperçut qu'elle avait, dans le flanc gauche, une grosseur douloureuse à la pression. Ce dernier phénomène a été toujours en s'aggravant; presque nulles au repos, les douleurs sont provoquées, très vives par le moindre palper, le moindre mouvement et surtout par la marche. Il n'y a pas eu d'autre hématurie.

A son entrée à l'hôpital, la malade est très amaigrie. Elle est couchée depuis un mois sans quitter le décubitus latéral droit; le côté gauche étant très douloureux. Ses urines sont sanguinolentes, fétides, albumineuses et un peu purulentes. Elles laissent un dépôt assez abondant. Quantité rendue en vingt-quatre heures : 1150 grammes. Au microscope, on trouve des globules rouges et des leucocytes. Densité, 1016; urée, 17 grammes par litre; albumine, 0gr,42 par litre.

L'examen local révèle une saillie arrondie au niveau du flanc. Si la malade est couchée sur le ventre, on observe, au lieu de la saillie, un effacement du méplat normal; en palpant alors les deux régions lombaires, on perçoit une résistance marquée à gauche. Le flanc saisi entre le pouce et les autres doigts est plus volumineux de ce côté. La malade étant sur le dos, les veines superficielles de la fosse iliaque apparaissent plus nombreuses et plus volumineuses à gauche.

Enfin, à la palpation, on sent dans le flanc gauche une masse arrondie, un peu bosselée, rappelant vaguement la forme du rein, du volume des deux poings environ et de consistance ferme. En arrière, elle s'étend vers la région lombaire qu'elle occupe tout entière; en avant, elle s'approche à deux travers de doigt de l'ombilic. En haut, elle s'insinue sous les fausses côtes, de sorte qu'il est difficile de percevoir sa limite supérieure. En bas, elle est située à deux travers de doigt d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette masse présente des ballottements manifestes, mais on ne parvient à lui imprimer de mouvements, ni dans le sens vertical, ni dans le sens transversal.

Lorsque l'intestin est vide, on sent en avant et un peu en dehors un cylindre vertical roulant sous le doigt.

La percussion donne la sonorité intestinale.

L'ablation est décidée et sera faite par la voie péritonéale.

Opération (22 février 1888). — Une incision en dehors du muscle droit sur la partie la plus saillante de la tumeur fournit une ouverture suffisante du péritoine. On rencontre le colon descendant et une anse d'intestin grêle qui sont écartés et entre lesquels le feuillet profond du péritoine épaissi est incisé. Au-dessous, un tissu épais et vasculaire cache encore le rein malade. Toutes ces parties sont saignantes, difficiles à séparer et on a de la peine à se faire un jour suffisant pour décortiquer. La capsule graisseuse est dénaturée, épaisse et accolée au rein avec lequel il faut l'enlever. On arrive très péniblement à séparer le rein de ses attaches. Il existe surtout en haut et en arrière

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 45.7.90. *Le gérant :* G. MASSON.

un prolongement qui ajoute à la difficulté de ce temps de l'opération.

Enfin, la tumeur est attirée hors de l'abdomen ; le pédicule est épais, lardacé et peut-être envahi par le néoplasme. On enlève autour des vaisseaux le plus de tissu qu'il est possible, et l'on fait deux ligatures simples avec un gros cordonnet de soie. Le rein est alors enlevé et le pédicule coupé au niveau du bassinet.

On termine en suturant les lambeaux de la décortication à la plaie abdominale, d'après le procédé indiqué par M. Terrier, pour isoler la cavité du péritoine. Celle-ci est réunie en partie, le fond en est comblé avec de la gaze iodoformée.

L'opération a duré une heure trois quarts.

Suites opératoires. — Les premiers jours qui suivirent, la malade eut de la fièvre, fut agitée. On pensa à l'intoxication iodoformée, et, en effet, avec l'emploi du salol, le calme revint ; la plaie se réunit peu à peu.

Au bout d'un mois, une fistule étroite et profonde qui s'était établie cessa de donner du liquide.

Examen anatomique de la tumeur. — La tumeur rénale a été examinée aussitôt après son ablation. Elle pesait 485 grammes et mesurait 17 centimètres sur 8. Sa forme était généralement celle du rein. A sa partie moyenne et surtout à sa partie postérieure elle présentait de grosses bosselures gris rougeâtre, de consistance mollasse et intégralement recouvertes par la partie épaissie et adhérente. L'extrémité inférieure, au contraire, a gardé la forme, la couleur et la consistance normales, avec cette différence qu'en enlevant la capsule on trouve une surface finement bosselée, constituée par de petits kystes à contenu citrin, indiquant des lésions de néphrite interstitielle.

Du côté du hile, la section a porté sur le bassinet en rasant le bord interne du rein. La paroi du bassinet paraît saine, sauf en un point en avant, où pénètre un épaississement d'aspect grisâtre, transparent. A travers l'ouverture du bassinet, on voit, faisant hernie, deux masses de forme conique, de couleur jaune rougeâtre et d'une consistance mollasse qui ne rappelle en rien l'aspect rosé et charnu des papilles rénales.

Sur une section faite du bord convexe du hile vers la partie inférieure, et formant à peu près le cinquième de la masse totale, on observe du tissu rénal d'aspect à peu près normal. Tout le reste est manifestement du tissu néoplasique. A la périphérie, ce tissu, au niveau des grosses bosselures, présente une coloration jaune rougeâtre, une consistance mollasse et çà et là quelques points hémorrhagiques; au centre, vers le hile, il est ramolli, friable, blanc jaunâtre.

La capsule qui recouvre cette partie néoplasique est épaisse de 1 millimètre, très adhérente et très résistante.

La transition entre la partie saine et la partie néoplasique est brusque, et il semble qu'on pourrait, à l'aide des doigts, énucléer l'une de l'autre.

Enfin on trouve, adhérent au hile et à la face postérieure de la tumeur, un grand lambeau d'enveloppe cellulo-adipeuse, dur et épais d'environ un demi-centimètre.

Examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire du professeur Cornil, par M. Mussy, interne. — Sur des coupes faites au niveau du tissu limite, on voit que le néoplasme est nettement enveloppé par une bande épaisse de tissu conjonctif. De cette enveloppe partent de grosses travées qui le divisent en un certain nombre de lobules : ces lobules sont eux-mêmes constitués par des îlots, des boyaux sinueux, de diamètre et de forme très variables, souvent anastomosés les uns avec les autres.

Examinés à un fort grossissement, ces boyaux apparaissent formés uniquement de cellules épithéliales bien colorées par le carmin, à noyau assez volumineux, à protoplasma un peu trouble. Ces cellules, ordinairement bien distinctes les unes des autres, sont disposées sur plusieurs couches. Le nombre de ces couches est très variable, selon le diamètre des logettes qui les contiennent; il y en a de 2 à 15.

Les cellules qui tapissent les bords de ces boyaux sont plus régulièrement alignées, leur forme est rectangulaire. Dans l'intervalle de ces traînées de cellules épithéliales, on voit des espaces clairs renfermant des fibrilles et des noyaux allongés de tissu conjonctif, ainsi que des capillaires. Par place, on voit encore des lacunes assez spacieuses, à parois à peine indiquées et remplies de globules sanguins.

Sur les coupes faites en plein néoplasme, on trouve une structure analogue, moins les grosses travées fibreuses, ici beaucoup plus minces. Les cellules sont plus petites et disposées en couches plus nombreuses. On observe encore l'arrangement en logettes allongées en forme de boyaux.

Il s'agit donc ici d'un épithélioma du rein.

État actuel (2 juin 1890). — Depuis son opération, qui date de vingt-huit mois, cette malade, qui était très amaigrie avant l'opération, a augmenté de vingt livres et se porte très bien. Comme elle est infirme (par accidents cérébraux), on l'a fait entrer à la Salpêtrière comme pensionnaire ; aussi, elle a pu être surveillée avec soin. La quantité d'urine fournie par l'autre rein est de 1,200 grammes en moyenne par jour.

Cette observation m'a semblé intéressante, d'abord à cause des difficultés opératoires au cours de l'ablation ; ensuite par la survie déjà longue de la malade ; enfin, comme exemple très net d'épithélioma du rein.

Discussion.

M. Quénu. J'ai présenté à la Société, il y a trois mois, le récit d'un cas tout à fait analogue à celui de M. Terrillon. J'ai, comme lui, constitué avec le péritoine suturé à la plaie une arrière-cavité que j'ai drainée. M. Terrillon a préféré la tamponner à la gaze iodoformée. Y a-t-il un véritable avantage à agir ainsi ? Je

pense que l'incision médiane est préférable à l'incision latérale de M. Terrillon.

M. Championnière. L'observation de M. Terrillon offre surtout de l'intérêt au point de vue de la survie de l'opéré. Elle démontre que nonobstant les récidives très rapides mentionnées par la plupart des auteurs, il ne faut point rejeter la néphrectomie dans ces cas, mais bien au contraire la proposer à une période aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

Présentation de malades.

1° *Exstrophie de la vessie.*

M. Segond. Le jeune garçon que j'ai l'honneur de vous présenter vous permettra d'apprécier les résultats fournis par le nouveau procédé opératoire que j'ai conseillé dans le traitement chirurgical de l'exstrophie. Mon intervention date maintenant d'un mois, la cicatrisation est, vous le voyez, partout complète, et vous pouvez constater que le résultat est aussi satisfaisant que possible. Je tiens surtout à vous faire observer que chez ce jeune garçon la vessie nouvelle est construite de telle sorte qu'en aucun point de son parcours l'urine ne peut entrer en contact avec des tissus autres que la muqueuse vésico-uréthrale. Pour obtenir ce résultat, j'ai suivi le manuel opératoire que j'ai décrit au dernier congrès de chirurgie. La vessie disséquée et rabattue sur la verge a été fixée sur les bords avivés de la gouttière pénienne, puis, le prépuce ayant été perforé à sa base, je l'ai fait passer au-dessus du gland pour l'étaler sur la surface cruentée du lambeau vésical rabattu. Dans le cas particulier, c'est encore avec la peau du prépuce qu'il m'a été possible de combler la perte de substance créée par la dissection de la vessie. La séparation autoplastique s'est ainsi trouvée complète en une seule séance opératoire, sans que la moindre retouche ultérieure ait été nécessaire. Notez enfin que tout contact de l'urine avec des tissus cutanés ou cicatriciels est impossible chez mon opéré. A sa sortie des uretères, l'urine s'écoule en effet dans une sorte de canal à renflement supérieur dont les parois, formées d'un côté par la gouttière pénienne, et de l'autre par la vessie rabattue, sont bien exclusivement muqueuses, et partant incapables de favoriser la formation de concrétions calculeuses. L'écueil habituel des méthodes autaplastiques se trouve de la sorte évité.

2° *Transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté à la jambe droite sur l'extrémité d'un moignon conique de la jambe gauche par la méthode italienne modifiée.*

M. Berger présente un malade sur lequel il a pratiqué, il y a plusieurs mois, l'opération en question. Depuis que l'amputation avait été pratiquée par un autre chirurgien, il y a plusieurs années, l'extrémité du moignon ne s'était jamais cicatrisée; elle était le siège d'une ulcération de 6 centimètres carrés environ, adhérente à l'os.

M. Berger, en janvier 1890, après avoir avivé l'extrémité du moignon et libéré les téguments tout autour de la cicatrice qu'il enleva complètement, transporta et fixa par la suture sur la surface avivée un grand lambeau, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, emprunté à la jambe opposée. Les deux jambes furent maintenues en contact par un appareil plâtré préparé à l'avance; le pédicule du lambeau fut coupé le vingt et unième jour, et les deux membres furent séparés. Le lambeau avait complètement pris, il est resté parfaitement vivant, souple et mobile; depuis lors, le malade a pu se servir d'un membre artificiel articulé au genou; il n'a plus souffert et n'a vu se reproduire ni accidents inflammatoires, ni ulcérations nouvelles sur son moignon.

C'est un exemple nouveau des services que l'on peut attendre de l'autoplastie italienne pour la réparation des pertes de substance des membres, méthode à laquelle M. Berger a très fréquemment recours dans les cas de ce genre.

Discussion.

M. Reclus. J'ai reçu il y a quelques mois, dans mon service, un malade porteur d'un ulcère de jambe assez étendu dont j'amenai la cicatrisation au moyen de la méthode de Thiersch. Le même individu avait été guéri quelque temps avant d'un ulcère situé du côté opposé au moyen de la transplantation cutanée par la méthode italienne que lui avait faite M. Berger.

A quelque temps de là, je revis cet individu. L'ulcère, don j'avais amené la guérison par la méthode de Thiersch, s'était reproduit, tandis que la guérison persistait de l'autre côté.

M. Berger. Les réparations effectuées par la méthode de Thiersch présentent en général peu de solidité. La raison en est dans la minceur des vaisseaux développés dans le tissu de granulations; ils se rompent sous l'influence de l'excès de pression

qu'ils éprouvent lorsque les malades commencent à se lever. Il se produit alors des extravasats sanguins interstitiels qui détruisent l'épidermisation.

M. Terrier. Le malade de M. Berger a été amputé pour un traumatisme. La lésion portait sur des tissus qui préalablement n'avaient subi aucune altération. Chez les individus porteurs d'ulcères, les parties ont subi de longue date des modifications diverses qui disposent mal à une réparation solide. J'ai vu, il y a quelque temps, une femme bien guérie d'un ulcère étendu, par la méthode de Thiersch. Mais en même temps que cette malade se soumettait aux conditions qui avaient primitivement déterminé la formation de l'ulcère, on voyait la cicatrice nouvelle céder et celui-ci se reproduire.

M. Quénu. Tout en tenant compte des remarques que vient de faire M. Terrier, il n'existe peut-être point une différence aussi considérable entre les ulcérations traumatiques et les spontanées. Les faits de destruction cicatricielle signalés par M. Berger tiennent à des lésions nutritives dont les cicatrices sont souvent le siège, caractérisées par une résorption véritable du tissu néoformé.

Chez un malade amputé de la jambe depuis fort longtemps, porteur d'une ulcération de la cicatrice contre laquelle tout avait été tenté, j'ai pratiqué des sections nerveuses multiples, car presque tous les nerfs du moignon étaient affectés de névromes (tibial antérieur, sciatique poplité externe). Je fis ensuite des greffes par la méthode de Thiersch qui ont parfaitement réussi et ne subirent aucun travail de résorption.

M. Championnière. Il me semble que les cicatrices des ulcères sont moins durables quand elles ont été obtenues au moyen des greffes de Thiersch ou de Reverdin. Lorsqu'elles sont le résultat d'un travail naturel, elles sont plus solides et résistent mieux. J'accorde que la méthode italienne donne des résultats supérieurs.

M. Berger. Je sais très bien les différences existant entre les cas traumatiques et les ulcères. On voit pourtant des pertes de substance ayant tous les caractères des ulcères succéder à des causes traumatiques. J'ai observé, comme M. Championnière, que les cicatrices obtenues lentement sont plus résistantes que celles produites par les procédés de Reverdin et de Thiersch. Je n'ai recours à la méthode italienne que dans les cas particulièrement graves; car elle est, en général, laborieuse pour le chirurgien et fort pénible pour les malades.

3° *Suture de l'olécrâne fracturé.*

M. Michaux présente un malade auquel il a pratiqué la *suture de l'olécrâne fracturé.*

(Renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Gérard Marchant, Lucas-Championnière, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 11 juin 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Statistique des opérations pratiquées* à *l'hôpital civil des Anglais de Liège, de mars* 1889 *à avril* 1890, par M. le Dr Lenger.

A propos du procès-verbal.

M. Monod donne lecture de l'observation suivante de M. Roux de Brignoles, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille.

Tentative de suicide par ingestion de potasse caustique. Œsophagite intense, rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie. Mort par congestion pulmonaire, par M. Roux de Brignoles fils, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille.

Le nommé Truc, marin, âgé de 43 ans, tente de se suicider, le 14 juillet 1889, en absorbant 100 à 150 grammes d'une solution de potasse caustique.

Après les accidents aigus qui suivent d'ordinaire, et pour lesquels il est soigné dans un service de médecine, le malade passe en chirurgie le 20 septembre 1889.

En examinant le malade on relève plusieurs particularités intéressantes. D'abord une syphilis ancienne, datant de quatorze ans environ, qui a laissé des ganglions inguinaux très développés et a altéré la forme de ses tibias. Du côté des voies respiratoires, une fistule tra-

chéale, due à une trachéotomie pratiquée il y a deux ans en Norvège, pour un œdème inflammatoire de la glotte. Bien que guéri, il avait conservé une canule dans la trachée, l'obturant quand il voulait parler.

Les téguments sont pâles, légèrement pigmentés; les muqueuses sont décolorées, les joues et l'abdomen excavés.

Il a considérablement maigri et, depuis dix jours, la coarctation est telle qu'il peut à peine avaler quelques cuillerées de lait et de potage, et cela au prix d'efforts considérables. Il est tourmenté par la faim et surtout par la soif et demande instamment à être soulagé par une opération.

Les forces sont très diminuées, le pouls petit, dépressible. Le cathétérisme explorateur, pratiqué avec une olive d'ivoire de moyen calibre, donne une longueur de 28 centimètres à partir de l'arcade dentaire, ce qui, en défalquant 15 centimètres de longueur buccale, donne une distance œsophagienne de 13 centimètres. Le cathétérisme, tenté avec des bougies de calibre plus petit, ne permet pas de franchir le rétrécissement.

Le lendemain, même état; à peine si le malade a pu, dans les vingt-quatre heures, avaler un demi-verre d'eau; il réclame avec instance qu'on lui apporte un prompt soulagement.

Dans ces conditions, une intervention chirurgicale est décidée; on ne peut évidemment songer ici, en raison du siège du rétrécissement, ni à une œsophagotomie interne, ni à une œsophagotomie combinée. Nous nous décidons à une gastrostomie, pour nous permettre de nourrir le malade, et, tout spasme cessant dès lors, de pratiquer la dilatation par un cathétérisme rétrograde.

Opération le 25 *septembre*. — Le malade est anesthésié après avoir été préparé par tous les procédés antiseptiques ordinaires.

Nous rappelant que MM. Lannelongue, Courvoisier et Le Dentu, en suivant dans leur incision la limite indiquée par M. Labbé (9e cartilage costal), sont tombés sur le grand épiploon, c'est-à-dire trop bas, nous incisons selon le conseil de M. Lannelongue et l'exemple de M. Terrillon, parallèlement au rebord des fausses côtes, suivant une ligne allant de l'apophyse xyphoïde au cartilage de la huitième côte.

Nous divisons à petits coups, afin d'éviter toute hémorrhagie, et plaçons des pinces sur les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils sont divisés. Avant d'arriver sur le péritoine, les ligatures sont pratiquées au catgut, afin d'éviter la mortification du tissu cellulaire par les pinces, signalée par Le Dentu.

Le péritoine étant ouvert avec les précautions d'usage, nous apercevons le lobe gauche du foie et, dans la région inférieure, une masse épiploïque considérable. Le doigt, introduit dans la cavité abdominale, arrive sur l'estomac rétracté et appliqué sur la paroi abdominale postérieure. La face antérieure, étant maintenue en place par les doigts d'un aide, nous appliquons une série de points de suture au crin de Florence, destinés à réunir solidement la séreuse stomacale à la séreuse pariétale. Pendant tout ce temps, la cavité péritonéale est protégée contre toute irruption par une série de larges éponges plates,

montées sur pince, qui forment une circonférence protectrice et que l'on enlève seulement au moment de la suture. Dix-sept points de suture sont placés, circonscrivant une portion de paroi stomacale de 2 centimètres et demi dans le diamètre vertical et de 3 centimètres dans le diamètre transversal.

Ceci fait, ouverture de l'estomac, qui donne issue à une quantité relativement faible de suc gastrique. Un gros tube en caoutchouc aseptique est introduit dans l'ouverture et fixé par un crin de Florence traversant à la fois la paroi abdominale et celle de l'estomac. Suture de la plaie extérieure et pansement iodoformé. L'après-midi le malade est rès calme; pas de température, 37°,2; pas de douleur abdominale, pas de tympanisme. Une sensation d'acidité très violente au niveau de la plaie incommode un peu l'opéré. On lui fait sucer quelques fragments de glace et, pour assurer le repos de la nuit, on pratique une injection de morphine.

26 *septembre* (matin), T. 37°,4, P. 80. Nuit excellente, la sensation d'acidité incommode encore le malade; en outre, le suc gastrique, qui s'écoule entre les lèvres de la plaie et le tube, a sali le pansement. On dépanse le malade. Plaie d'excellent aspect, pas de rougeur, pas de tension: la souplesse du ventre indique un état péritonéal excellent.

Nous essayons de faire passer par le tube un peu de lait coupé avec de l'eau de Vichy; mais, sous l'influence d'une violente contraction stomacale, le liquide ressort par la plaie.

Une sonde en gomme est alors poussée plus avant par la lumière du tube, et nous faisons glisser le liquide cuillerée par cuillerée, avec des intervalles pour permettre à l'estomac, qui fonctionne mal depuis si longtemps, de reprendre petit à petit ses fonctions. Grâce à ces précautions, nous pouvons faire prendre à ce malheureux un demi-litre de lait coupé avec de l'eau de Vichy, sans qu'il en éprouve aucune gêne. A la fin de ce petit repas, quelques hoquets légers et quelques phénomènes de régurgitation. Même pansement.

26 *septembre* (soir). Sous l'influence de la digestion du matin et de l'amélioration consécutive de l'état stomacal, le spasme œsophagien a cessé, le malade a dégluti facilement un peu d'eau sucrée; mais on l'a empêché de continuer, de crainte de réveiller l'état spasmodique. Nous lui faisons ingérer par la bouche stomacale un demi-litre d'eau de Vichy et de lait. T. 37°,3. Injection de morphine. Nuit calme.

27 *septembre* (matin), T. 37°,8. La région abdominale est souple, indolore et sans réaction aucune; mais le malade tousse, le larynx est enflammé et il se plaint de mal de gorge. Il a dû, pour respirer plus largement, déboucher la canule; 50 inspirations à la minute.

Pour lutter contre l'envahissement de l'affection trachéo-bronchique, le malade est tenu chaudement, l'air extérieur tamisé au moyen d'une cravate de laine. Boissons émollientes, lait tiède, que la cessation du spasme permet d'absorber maintenant en très petite quantité. En outre, par la voie stomacale, on donne une potion de Todd et du lait alcoolisé.

27 *septembre* (soir), T. 37°,6, P. 85. Cuisson à la gorge, 55 inspira-

tions par minute; à l'auscultation, râles congestifs à droite et à la base du poumon.

Continuation de la médication précédente, applications térébenthinées sur le thorax, répétées toutes les trois heures. Nuit agitée. Cauchemars.

28 *septembre* (matin), T. 37°,6. Oppression considérable. Ingestion de lait fortement alcoolisé.

28 *septembre* (soir). Le poumon gauche est pris dans toute sa hauteur, le droit a sa base congestionnée. Dans la nuit, excitation violente et décès.

Autopsie. — La réunion de la plaie cutanée est complète ; plus profondément, la cicatrisation est très avancée; le tissu sous-cutané est adhérent au plan musculaire; un liséré inflammatoire de quelques millimètres d'étendue (3 à 4 environ) se fait voir dans la couche musculaire, dont le bord sectionné est décoloré par le contact du suc gastrique. Tel est l'état de la couche musculaire superficielle; le plan musculaire du grand droit, au contraire, en parfait état, est adhérent aux bords de la plaie. Suffusion sanguine de peu d'étendue entre le deuxième et le troisième plan musculaire.

Le péritoine est absolument sain ; sur le bord de la plaie des adhérences très solides obturent complètement la cavité péritonéale; les sutures rendues inutiles par ces adhérences ont parfaitement tenu. Très léger piqueté rouge s'étendant sur 4 millimètres environ, du péritoine viscéral dans la région supérieure de la plaie.

L'estomac a été ouvert par sa face antérieure; à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, nous remarquons une diminution de la résistance et de l'épaisseur des parois dues à l'inactivité fonctionnelle prolongée de l'organe.

La guérison opératoire est donc complète.

L'œsophage présente de la rougeur de la muqueuse plus accentuée dans le pharynx. Les treize premiers centimètres ont un calibre normal; mais ensuite, au niveau de l'espace compris entre la quatrième et la cinquième dorsale, le rétrécissement commence. La lumière située juste au centre laisse passer une bougie n° 6 de la filière Charrière. Les parois ont 8 millimètres d'épaisseur, la longueur totale du rétrécissement est de 2,4, la muqueuse y a une coloration très foncée.

Du côté des organes respiratoires, le larynx a la muqueuse épaisse; les cordes vocales rapprochées l'une de l'autre présentent un rétrécissement notable de la glotte. A l'ouverture de la poitrine, le poumon gauche présente une congestion qui va dans la partie inférieure jusqu'à l'hépatisation. Noir à la coupe il tombe au fond de l'eau. Le poumon droit, congestionné aussi, l'est cependant beaucoup moins.

Remarques. — Notre malade, guéri chirurgicalement, a donc succombé à une broncho-pneumonie intense. Nous nous sommes posé devant ce fait cette question : doit-on envisager cette complication comme la conséquence, chez un individu affaibli par le manque d'alimentation et prédisposé à une affection des voies respiratoires par la présence d'une canule dans la trachée, du refroidissement brusque de la température, ou bien faut-il y voir,

comme dans les complications de l'étranglement herniaire, un phénomène paralytique, un accident de vaso-dilatation produit par une influence nerveuse provoquée par la lésion stomacale?

Pour résoudre cette question, nous allons examiner les observations connues de gastrostomie suivies de décès, et nous verrons la proportion des complications thoraciques ; puis, nous nous adresserons à l'expérimentation.

Or, sur les 43 observations que nous avons eues en main, nous en avons 26 où aucune complication de ce genre n'est signalée [1] : 1re de Sédillot (1849); 2e de Sédillot (1853); 2e de Cooper Forster (1859); 1re de Sydney Jones (1859); Curling (1866); Van Thaden (1865); Morell Mackenzie (1867); Troup (1867); Durham (1868); Maury (1869); John Lowe (1869); Jouon (1872); Clark (1872); Totherick et Jackson (1872); Mason (1872); Möller (1874); Jacobi (1874); Hjort (1874); Kuster (1875); Heath (1875); Callender (1876); Messenger Bradley (1877); Tillaux (1882); Berger (1883); Terrillon (1884); Marchand (1885).

Sur les 17 qui restent, 13 ont des lésions pulmonaires, soit tuberculeuses, soit cancéreuses par propagation, qui n'ont rien de commun avec la congestion pulmonaire.

Fenger (1853); 2e de Bryant (1872); Mac Cormac (1872); Th. Smith (1872); 3e de Sydney Jones (1875); Waren-Tay (1875); Lannelongue (1876); Courvoisier (1877); Otto-Riesel (1877); Trendelenburg (1877); Lanton (1879); Mac-Carthy (1879); Lucas-Championnière (1883).

Il ne nous reste que 4 observations.

Obs. I. (1re de Cooper Forster, 1858.) — Tumeur épiglottique obstruant le commencement de l'œsophage. Trachéotomie, amelioration de la respiration, mais dysphagie; gastrostomie, vingt-quatre jours après. Congestion du lobe inférieur du poumon gauche.

N'est-ce pas un cas offrant la plus grande analogie avec le nôtre et pouvant recevoir les mêmes explications.

Obs. II. (2e de Sydney Jones, 1866.) — Partie inférieure des poumons indurée; hépatisation rouge à gauche, grise à droite. (Ici, des ligatures avaient été pratiquées sur la paroi stomacale, afin d'arrêter un peu l'hémorragie due à la section de quelques artérioles.)

Obs. III. (1re de Bryant, 1866.) — Broncho-pneumonie double. Il y eut dans ce cas des recherches penibles et des manipulations de l'intestin.

Obs. IV. (Rose, 1873.) — Parenchyme pulmonaire : hépatisation rouge, centre du lobule inférieur droit présentant un foyer d'hépatisa-

[1] Les dates sont celles des opérations. De ces faits, tous ceux antérieurs à 1879 sont reproduits *in extenso* dans le mémoire de L.-H. Petit (*Traité de gastrostomie*. Paris, 1872).

tion grise du volume d'une pomme ; le malade a souffert longtemps et est resté sans nourriture du 29 juillet au 27 août.

Donc, nous arrivons sur quarante-trois cas à n'en trouver que quatre présentant des altérations pulmonaires analogues à celles que nous avons observées ; tandis que dans l'étranglement herniaire, la congestion pulmonaire est la règle et se retrouve d'une manière constante, ici, elle est pour ainsi dire exceptionnelle et ne peut s'expliquer, comme dans l'étranglement herniaire, par une lésion des extrémités nerveuses.

L'expérimentation nous est en outre venue en aide. Prenant six chiens de taille moyenne et bien portants, nous leur avons pratiqué à tous une fistule stomacale en les anesthésiant par l'injection (1^cc^ par kilog. de chien) intra-péritonéale du mélange suivant, conseillé par Ch. Richet:

Chloral	4gr.
Chlorhydrate de morphine	0,10
Eau	100

Les deux premiers furent sacrifiés au bout de vingt-quatre heures ; le troisième chien le deuxième jour ; le quatrième, le troisième jour ; le cinquième, le quatrième jour ; le dernier, le sixième jour.

Tous ces animaux avaient les poumons absolument sains.

Quatre autres chiens furent opérés. Sur deux, nous fîmes la ligature d'une portion de l'estomac ; sur les deux autres, des fistules, en n'usant d'aucun ménagement pour la paroi stomacale, au contraire en la pinçant fortement et en passant un fil étranglant la paroi sous forme de bourse.

Le résultat chez tous a été, au deuxième ou au troisième jour, une congestion pulmonaire du côté gauche, plus intense chez les deux premiers que chez les deux derniers.

La conclusion que nous avons cru pouvoir tirer de ce qui précède est la suivante :

Dans la gastrostomie, pour que la congestion pulmonaire se produise comme complication nécessaire de l'opération, il faut un traumatisme agissant spécialement sur la paroi et intéressant fortement les extrémités nerveuses. (C'est, nous semble-t-il, l'explication des observations de Sydney Jones et de Bryant.) Quand les règles admirablement établies par Verneuil, Petit, Lucas-Championnière, Labbé, Terrillon, etc., sont bien suivies, cet incident peut se présenter, mais il est rare et doit être imputé seulement à des circonstances indépendantes (chez nous, la fistule trachéale et le refroidissement de l'atmosphère), parmi lesquelles l'extrême débilitation est surtout à considérer.

Les conclusions pratiques que nous tirerons de cette étude seront donc de suivre exactement le manuel opératoire si bien établi maintenant et d'attendre le moins possible pour opérer, afin d'avoir affaire à un organisme plus résistant.

Discussion.

M. Terrier. Les sutures multiples de M. Roux de Brignoles me semblent répondre à une incision de l'estomac beaucoup trop large. J'ai publié, dans la *Revue de chirurgie* du 30 mars 1890, le procédé auquel je donne la préférence, et qui se recommande par deux points spéciaux : le mode de suture de l'estomac au péritoine ; l'exiguïté que je donne à l'ouverture de cet organe.

Je fixe l'estomac (après l'avoir attiré au dehors sans le maintenir au moyen des aiguilles à acupuncture conseillées par M. Verneuil) par une série de sutures en anses, dont les chefs sont passés au travers de la paroi abdominale, moins la peau ; dont le sommet de l'anse glisse sous les tuniques stomacales, en dehors de la muqueuse, et dont les extrémités sont nouées et coupées au niveau du point de passage des fils.

Ce temps accompli, et l'estomac fixé par un nombre suffisant de ces anses, j'incise le viscère dans une très petite étendue ; il me suffit de pouvoir passer une sonde de caoutchouc rouge n° 30 par mon incision. La muqueuse est fixée à la peau par quelques points de suture. Je panse la plaie avec des sachets de carbonate de magnésie qui ont pour but de saturer l'hyperacidité du suc gastrique.

Dans un cas où il y avait hypersécrétion de ce liquide, j'ai eu des accidents ulcéreux dus peut-être un peu aussi à ce que j'avais pratiqué une ouverture trop grande. Je n'ai jamais constaté d'élévation de température.

Je me suis bien trouvé du procédé que je viens de rappeler rapidement. Les accidents présentés par le malade de M. Roux de de Brignoles s'expliquent donc, et par l'ouverture trop étendue de l'estomac, et par la canule trachéale qu'il portait.

M. Berger. Le procédé de gastrostomie que préconise M. Terrier est celui auquel il faut avoir recours dans tous les cas où l'ouverture de l'estomac doit être faite séance tenante; mais il ne s'applique pas à la gastrostomie pratiquée en deux temps, et celle-ci me paraît devoir être préférée dans tous les cas où l'on peut attendre, c'est-à-dire dans ceux où l'alimentation du malade n'est pas encore devenue complètement impossible; or, ces cas sont de beaucoup ceux où l'opération est la plus favorable.

Même alors, je suis d'avis de faire à l'estomac la plus petite ouverture possible. Je fais donc une suture à points très rapprochés, chaque point unissant la séreuse et la musculeuse de l'estomac à la séreuse pariétale et à l'aponévrose du muscle transverse. Cette suture n'intéresse pas la muqueuse gastrique. Elle établit un cercle d'adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral sur toute la circonférence de l'incision abdominale. La partie ainsi circonscrite ne doit pas avoir plus de 2 centimètres de longueur.

Chacun de ces points de la suture séro-séreuse étant serré, au lieu d'en couper les chefs, je les reprends avec l'aiguille et je les passe au travers des lèvres de l'incision cutanée, que j'amène de la sorte au contact de la ligne de réunion des séreuses sur toute la circonférence de la plaie. J'obtiens ainsi une réunion linéaire de l'estomac à la peau sur toute cette circonférence; puis je réunis les extrémités de l'incision de la paroi abdominale par des points de suture superficiels et profonds; il suffit de panser alors la plaie au salol; deux jours après, quand la réunion des séreuses est solide, on ponctionne l'estomac avec le bistouri ou le thermocautère, au centre de la ligne de réunion, et on y introduit une sonde.

J'ai employé ce procédé, il y a un peu plus d'un an, pour un sujet atteint de rétrécissement cancéreux de la partie moyenne de l'œsophage; deux jours après la suture de l'estomac à la paroi, l'estomac fut ouvert et l'alimentation par la sonde commença. Pendant les trois mois que l'opéré survécut, il eut une existence assez supportable.

L'écoulement du suc gastrique par la fistule fut neutralisé par l'application sur cette dernière de poudres alcalines, notamment de craie préparée. D'ailleurs cet écoulement était peu abondant, la sonde oblitérant presque complètement l'orifice. J'eus recours, pour obtenir une occlusion plus complète, aux appareils à obturation en forme de double bouton de chemise, que M. Terrillon avait, dans un autre cas, employés avec succès; mais ils se détérioraient très vite, et je dus renoncer à leur emploi. D'ailleurs, comme je l'ai dit, la digestion des bords de la plaie par le suc gastrique, qui avait d'abord amené la production d'un petit ulcère, s'arrêta et rétrocéda complètement par l'usage des poudres alcalines comme topiques, et l'ulcération en question se ferma complètement.

Dans la gastrostomie, l'essentiel est d'avoir un orifice aussi petit que possible, laissant juste passer la sonde destinée à l'alimentation ; la cicatrice, étant la partie la plus sujette à s'ulcérer, doit être autant que possible linéaire et amener la muqueuse gastrique au contact de la peau. A ce point de vue, le procédé mis en avant par M. Terrier me paraît bon ; mais comme il y a des

avantages à pratiquer, quand on le peut, la gastrostomie en deux temps, on peut lui substituer la modification opératoire et le genre de suture que j'ai employé et décrit, et qui a l'avantage de fixer la peau au contact de la paroi gastrique, en permettant de n'ouvrir celle-ci qu'au bout de quelques jours.

M. Routier. Témoin des inconvénients inhérents aux grandes incisions, je me suis efforcé de faire toujours l'ouverture stomacale aussi petite que possible, juste de quoi admettre une sonde de Nélaton n° 16.

Quant aux sutures, je les fais au crin de Florence, prenant à la fois partie de l'épaisseur de la paroi stomacale, le péritoine pariétal, les muscles et la peau.

Je n'ai pas cru devoir suturer la muqueuse stomacale, et jamais mes malades n'ont eu d'écoulement extérieur du suc gastrique.

J'ai opéré ainsi, en septembre 1889, une femme âgée pour un cancer de la partie supérieure de l'œsophage qui empêchait toute alimentation depuis trois jours. Quelque temps après, pendant la visite, je dus pratiquer à cette malheureuse femme une trachéotomie d'urgence ; cette femme a regagné son pays et va encore assez bien ; neuf mois se sont écoulés depuis.

De même, chez un vieillard qui fut envoyé le huitième jour, et après que toute alimentation était impossible, et qui a vécu cinquante jours environ.

L'incision très petite, la suture simple de la paroi stomacale, sans y comprendre la muqueuse, me paraissent un vrai progrès.

M. Reynier. J'ai pratiqué deux fois la gastrostomie et ai remarqué que l'incision devient toujours trop grande. Les divers obturateurs sont trop volumineux et sont souvent expulsés par l'estomac. Je suis donc partisan d'une ouverture aussi petite que possible.

J'ai conservé deux mois un de mes opérés. Je nourris ceux-ci immédiatement après l'opération, car ils succombent le plus souvent aux suites de l'inanition, et non à celles de l'opération elle-même.

M. Terrillon. J'ai pratiqué une première gastrostomie en 1884. J'ai suivi une méthode ressemblant de très près à celle que conseille M. Terrier. J'ai fait une incision suffisante pour laisser passer une sonde n° 14 et ai nourri, par cette voie, mon malade pendant dix-huit mois.

J'ai, à cette époque, montré que les inconvénients viennent moins de l'ouverture elle-même que de l'action du suc gastrique sur les bords de l'incision.

J'ai eu l'occasion d'opérer un second malade dont le suc gastrique avait des propriétés tellement exagérées que, dès le deuxième jour, il avait digéré les bords de la plaie. Cette digestion peut être poussée assez loin pour qu'une désunion complète se produise et que survienne ainsi une péritonite généralisée. Les pansements alcalins au carbonate de magnésie, conseillés par M. Debove, neutralisent efficacement cette action corrosive.

M. Terrier. J'ai appris, pendant mon séjour à l'École d'Alfort, que les incisions de l'estomac ne doivent laisser passer que des canules aussi petites que possible, et que, d'autre part, tous les appareils obturateurs sont insuffisants.

Je ne puis admettre, du reste, que le suc gastrique puisse présenter des différences de composition susceptibles de rendre compte du fait de M. Terrillon. Il faut attacher une importance bien plus considérable à l'exiguïté de l'incision qu'à ces prétendues activités singulières de certains sucs gastriques.

Je suis un adversaire résolu de l'opération en deux temps, que je ne puis comprendre, puisque l'intervention s'adresse toujours à des malades très affaiblis et inanitiés.

Rapport.

Des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin,

Par le Dr Paul Reclus.

Depuis la dernière discussion de la Société de chirurgie sur le *traitement des perforations traumatiques de l'intestin*, plusieurs faits nouveaux ont été versés au débat : Jalaguier et Moty, d'une part, nous ont apporté chacun une observation où la guérison a suivi la laparotomie; tandis que, d'autre part, les Drs Kapetanakis, de Kyparisse, et Lagrange, de Bordeaux, ont envoyé le premier deux cas et le second un où le même résultat a été obtenu par l'abstention systématique; à ces trois observations nous en ajouterons une quatrième, recueillie récemment dans la clientèle du Dr Léon Labbé.

Ce n'est pas tout : des travaux importants ont été publiés depuis peu, tant en France qu'en Amérique; des statistiques ont été dressées sur la mortalité respective des deux méthodes, et nous signalerons en première ligne les remarquables tableaux donnés par Stimson au *New York medical Journal.* Aussi pensons-nous que, grâce à ces éléments nouveaux, on peut rouvrir la discussion

toujours litigieuse sur la meilleure conduite à tenir en présence d'une perforation traumatique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

I. — Voici l'observation de M. Lagrange : un collégien de 17 ans, cinq heures après son repas, reçoit à 6 centimètres à gauche de l'ombilic une balle de revolver du calibre de 7 millimètres; elle pénètre dans l'abdomen, ainsi que le prouve le cathétérisme de la plaie; le stylet s'enfonce profondément sans rencontrer de résistance. Le blessé est transporté à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, où notre confrère le trouve anxieux, pâle, les pupilles dilatées, mais sans accidents généraux graves : il n'y a pas de vomissements, pas de signes d'hémorrhagie, pas d'épanchement gazeux appréciable, et tout se borne à une douleur vive au point d'entrée du projectile et dans la région lombaire, au point diamétralement opposé. M. Lagrange prescrit 15 centigrammes d'extrait thébaïque, de la glace, une diète sévère, et attend.

La nuit est agitée, sans sommeil; la température s'élève à 38°,8, le pouls bat 95 pulsations; les vomissements éclatent, le ventre se ballonne et devient dur. La question de laparotomie se pose; M. Lagrange y était fort enclin, mais ses collègues Boursier et Monod penchent pour l'abstention; le lendemain le tympanisme augmente encore et la température reste haute; mais les vomissements s'arrêtent et l'état général était encore assez bon, lorsque le soir, à onze heures, survient un frisson, des hoquets, des vomissements, et le thermomètre marque près de 40. Heureusement que cette grave crise s'apaise au matin; la température n'est plus qu'à 38°,2; il n'y a plus de nausées, et bientôt le blessé n'inspire plus d'inquiétude ; il ne reste que le point douloureux de la région lombaire, où apparaît d'ailleurs un abcès; cette collection périnéphrétique fut ouverte et la guérison définitive très vite obtenue.

Voici maintenant les deux observations du Dr Kapetanakis : la première a trait à un homme de 33 ans qui un matin, à jeun, dans une agression, reçoit en plein ventre, à gauche et un peu au-dessous de l'omblic, une balle de revolver; notre confrère, appelé le lendemain, trouva le blessé en proie à des douleurs vives; il y a des vomissements, du tympanisme; le pouls est petit, la température élevée. L'intervention fut jugée impossible dans ce milieu rural, sans outillage et sans aide, et l'on prescrivit de l'onguent mercuriel sur le ventre, une vessie de glace, de hautes doses d'extrait thébaïque et une diète sévère. La fièvre, la dyspnée, les hoquets, les vomissements, la tendance à la syncope, augmentent, et au quatrième jour la température est à 40° et le pouls à 130; on craignait une catastrophe, lorsque, au sixième jour, une améliora-

tion survint qui s'accentua bientôt, et au bout d'un mois la guérison était complète.

Les accidents furent moins graves chez le second malade du Dr Kapetanakis; ici il n'y eut pas de péritonite. Un homme de 30 ans reçoit un matin, à jeun, un coup de revolver dans le ventre; la balle frappe au-dessus de l'ombilic, le chirurgien constate par le cathétérisme qu'elle a pénétré dans le ventre; il prescrit la glace, l'opium, une diète sévère. L'abdomen est très douloureux, mais il reste souple et aucun accident n'éclate; la température et le pouls restent normaux; l'orifice se cicatrise et, au bout de quelques jours, on commence à alimenter le blessé qui put reprendre bientôt sans péril ses occupations habituelles.

Notre quatrième observation, due au Dr Léon Labbé, se rapproche par sa gravité de celle de M. Lagrange et de la première de M. Kapetanakis : un matin, un jeune homme de 24 ans, encore à jeun, se tire un coup de revolver dans le ventre, et la balle, de 7 millimètres, pénètre à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic. Trois heures et demie après l'accident, M. Labbé voit le blessé; il immobilise le ventre qu'il recouvre de glace, prescrit l'extrait thébaïque, la diète la plus sévère, et fait préparer l'outillage de la laparotomie. A peine a-t-il quitté le malade que des douleurs violentes éclatent; la souffrance, continue, irradie vers le thorax et vers l'épaule gauche; puis surviennent des vomissements opiniâtres, la dyspnée est intense. M. Labbé revient, déclare la situation désespérée et renonce à la laparotomie; mais bientôt les douleurs s'apaisent, les vomissements se calment, bien que le pouls soit faible et rapide; le lendemain, le blessé est mieux, et au bout de quinze jours la guérison était complète.

A ces quatre observations récentes j'en ajouterai une cinquième qui m'est personnelle, mais dont l'intérêt est moindre, car ici le traumatisme fut produit par un instrument tranchant. Il s'agit d'un concierge qui, à la suite d'un vol de cinquante francs, se porta dans le ventre un coup de tranchet, au-dessous des fausses côtes, juste sur la ligne indiquée dans nos classiques pour l'incision de la gastrostomie; la plaie était pénétrante, car mon stylet a pu directement et facilement s'enfoncer de 7 centimètres dans l'abdomen. J'ai prescrit aussitôt la diète la plus sévère; j'ai immobilisé le ventre, pratiqué une piqûre de morphine de 2 centigrammes, et donné dans la journée 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Il n'y a pas eu le moindre accident, et au quinzième jour notre blessé quittait l'hôpital absolument guéri.

II. — Telles sont les observations nouvelles recueillies par nous depuis la dernière discussion; quel enseignement pouvons-nous en

tirer? Certes, nous ne voulons pas reprendre par le menu les arguments épuisés et retracer le parallèle un peu suranné entre les mérites de l'abstention systématique et de l'intervention immédiate. Nous nous contenterons de dire que les faits nouveaux comme les faits anciens viennent nous montrer des succès plus nombreux obtenus par l'abstention systématique.

En effet, nous avons essayé de recueillir tous les cas publiés dans les journaux français et étrangers depuis quinze ans environ et où les plaies pénétrantes de l'abdomen ont été traitées par l'abstention systématique; nous en avons relevé 91, et, toute défalcation faite des cas où les intestins pouvaient ne pas être perforés, nous avons vu que la guérison atteignait 75 0/0; la léthalité ne serait donc que de 25 0/0. Un sur quatre des blessés à peine est emporté par les accidents. Il y a loin de cette statistique à celles que nous fournissent les partisans de l'intervention : la plus sérieuse de toutes, celle de Colley, accuse, lorsqu'on la débarrasse des faits qui s'y trouvent à tort et où il s'agissait, par exemple, d'enterorrhaphie simple, une léthalité de plus de 78 0/0.

On voit l'écart : il serait plus considérable encore si nous prenions les statistiques d'origine purement française, et nous ne connaissons pour les plaies pénétrantes par balle de revolver que les succès de Vaslin et de Jalaguier, ce qui nous donne une mortalité de 80 0/0. Mais comme on accuse notre pratique nationale d'être encore timide et mal réglée, nous allons laisser de côté nos statistiques pour nous en tenir à celles de Stimson. Elles ont sur les nôtres l'avantage de présenter une plus grande unité et surtout d'être dressées sinon par un adversaire, du moins par un ancien adversaire de l'abstention.

Dans un premier tableau, Stimson nous donne les cas traités par l'abstention dans dix hôpitaux de New-York dans les quinze années qui précèdent 1885, époque où l'intervention est devenue la règle aux États-Unis. Or, sur 37 blessés atteints de plaies pénétrantes de l'abdomen et sur lesquels on n'intervient pas, 17 meurent et 20 guérissent. Dans un deuxième tableau, l'auteur nous donne la statistique des laparotomies pratiquées pour coups de feu dans les mêmes hôpitaux; elles sont au nombre de 29, sur lesquelles on compte 25 morts et 4 guérisons, soit une léthalité de 86 0/0, à peu près égale à celle que nous ont fournie les laparotomies faites en France et qui sont venues à notre connaissance.

Il est vrai que Stimson dresse deux autres tableaux comparatifs où l'écart, bien qu'il reste toujours en faveur de l'abstention, est beaucoup moins considérable : il prend non plus dix, mais deux hôpitaux de New-York, et note dans sa première statistique les cas traités par la laparotomie de 1885 à 1889; ils sont au nombre

de 13 avec 10 morts et 3 guérisons, soit une léthalité de 76,92 0/0; dans son second tableau, il relève les cas traités par l'abstention dans les deux mêmes hôpitaux de 1876 à 1885, et trouve 17 cas avec 13 morts et 4 guérisons, soit une léthalité de 76,57 0/0, inférieure, on le voit, à celle que donne le traitement par l'intervention.

Certes nous pourrions contester ces chiffres et faire remarquer que l'auteur a choisi d'une façon un peu arbitraire justement les deux hôpitaux où les succès de la laparotomie étaient les plus grands et les insuccès de l'abstention les plus considérables; et puis Stimson n'admet comme cas de perforations intestinales que ceux où le blessé a eu de la douleur, des vomissements, du météorisme, des phénomènes de choc; or nous savons que des plaies intestinales indiscutables peuvent évoluer vers la guérison sans qu'un signe quelconque, autre que la lésion de la paroi abdominale, témoigne de son existence. De ce fait l'auteur a inconsciemment faussé sa statistique et écarté des succès qui sans cela eussent grossi les bons résultats de l'abstention.

Nous n'en prenons pas moins cette statistique telle quelle et nous y voyons que, aux États-Unis, la terre classique de la laparotomie pour perforation intestinale et où les chirurgiens, nos véritables initiateurs dans cette pratique, ont acquis sans doute la plus grande habileté et connaissent la technique la plus savante, l'abstention donne, à cette heure encore, des résultats meilleurs.

Chose singulière même, les statistiques sont loin de s'améliorer. Nous ne serions pas étonné que la réaction nous vînt d'Amérique et que, avant longtemps, nos confrères d'outre-Océan ne devinssent les apôtres convaincus de l'abstention.

III. — Nous persistons donc à penser que, d'une façon générale, l'abstention est préférable à l'intervention. Mais nous croyons aussi qu'il est des cas où la suture est indiquée, et le temps est peut-être venu d'essayer de tracer les indications les moins contestables de la laparotomie.

Et d'abord il est évident qu'on suturera l'intestin lorsque l'anse blessée est hors du ventre. Qu'elle soit ou ne soit pas oblitérée par un bouchon de la muqueuse, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas à sa surface un coagulum fibrineux et des vestiges d'adhérences, il faut suturer l'orifice anormal avant de rentrer l'intestin dans le ventre. Cette conduite est celle de tous les chirurgiens; elle a fourni d'incontestables succès, et nous pouvons en donner une belle observation encore inédite.

Dans la nuit du 1er janvier, un rôdeur de barrière reçoit d'un souteneur un coup de couteau en plein ventre; on l'apporte à Broussais onze heures après l'accident et je trouve, hors de la ca-

vité abdominale, 90 centimètres d'intestins herniés; ils étaient étalés sur la paroi, agglutinés aux poils du thorax et du pubis, rouges, tuméfiés, d'une consistance de carton, et cette péritonite se traduisait déjà par de la fièvre, des hoquets et des vomissements porracés. En un point l'anse herniée était perforée, mais l'orifice anormal était si hermétiquement oblitéré par un bouchon de la muqueuse que j'eus la plus grande peine à faire sortir, par une pression énergique, un peu de liquide intestinal.

L'inflammation me paraissait si grave que j'hésitai un moment à réduire cette masse en pleine péritonite et je faillis établir un anus artificiel temporaire, jusqu'au moment où j'aurais obtenu, par une antisepsie rigoureuse, la désinfection de l'anse intestinale. Mais comme il s'agissait d'une portion élevée du jejunum, je craignis la dénutrition rapide. Aussi je refoulai la muqueuse, j'oblitérai l'orifice par quelques points de suture au fil de soie, et avec un courant d'eau chaude à la température de 55° je lavai l'anse intestinale; sous ce courant je voyais les parois violacées, épaisies et dures devenir souples, changer de couleur et passer du rouge vineux au rouge clair et au rose. Je les essuyai méthodiquement avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution boriquée chaude et je réduisis; de graves accidents persistèrent encore pendant trois jours, mais peu à peu les phénomènes abdominaux s'apaisèrent et le blessé, absolument guéri, put bientôt quitter l'hôpital.

Pour ces cas, tout le monde est d'accord, et le seul tort de quelques auteurs est de ranger parmi les véritables laparotomies ces enterorrhaphies d'un manuel opératoire simple et d'un pronostic beaucoup plus favorable. Même accord lorsque la pénétration abdominale s'accompagne d'hémorrhagie reconnaissable comme dans ce cas que je vous ai communiqué, à un écoulement extérieur continu, ou aux signes d'une hémorrhagie interne trop souvent confondue avec le choc, ou enfin à une masse pelvienne mate, comme Verneuil en a observé un cas. Un vaisseau volumieux est ouvert dans le ventre, et comme on ne peut compter sur l'hémostase naturelle, on étreint d'un fil le rameau qui donne et on profite de la laparotomie pour chercher les perforations intestinales et les oblitérer.

Autre indication formelle : la percussion de l'abdomen, de la région péri-hépatique en particulier, a révélé un épanchement gazeux dans le péritoine; ou bien encore le cathétérisme permet de reconnaître la présence de matières fécales; l'orifice anormal de l'intestin n'est donc pas oblitéré par un bouchon muqueux, l'accolement d'une anse voisine ou des adhérences précoces; la séreuse est inoculée et l'on n'a pas le droit de compter sur une

péritonite circonscrite; il faut immédiatement ouvrir le ventre; telle a été la conduite de notre collègue Jalaguier qui vit une bulle de gaz éclater sur la cannelure de la sonde et un beau succès a couronné son intervention.

Nouvelle indication tirée de l'agent traumatique lui-même; nous pratiquerons et nous avons pratiqué la laparotomie dans les cas où la lésion abdominale est produite par un coup de pied de cheval lancé à toute volée. Ici les désordres sont tels qu'on ne peut espérer les voir conjurés par les mécanismes habituels de la « coprostase »; la section transversale de l'intestin a été souvent notée, et en vérité on ne saurait compter sur l'enroulement de l'épiploon pour rétablir la continuité du tube digestif, bien que cet artifice ait été reconnu dans quelques observations. Une suture nous paraît plus sûre, d'autant que, ici, l'intervention paraît moins redoutable : il n'y a guère qu'un foyer traumatique et le déroulement si périlleux de l'intestin peut être épargné au malade : l'an cien succès de Bouilly, le succès récent de Moty sont là pour plaider en faveur de l'intervention.

Reste une dernière indication, mais elle est la plus discutable, et à propos de laquelle nous avons eu à essuyer des critiques fort troublantes de Charles Nélaton. Lorsque, malgré un traitement médical rigoureux, disions-nous, les signes de la péritonite éclatent, il faut intervenir sur-le-champ. Or, Nélaton nous fait remarquer que cette péritonite peut tourner court et le blessé guérir. Berger, Tillaux, nous en ont donné des observations indiscutables, et nous n'en trouvons pas moins de 21 sur les 91 cas recueillis dans notre statistique. Fidèle à notre déclaration, nous aurions sans doute opéré le malade de Lagrange, le premier blessé de Kapetanakis, celui de M. Labbé. Or, nous les voyons guérir sans intervention, et peut-être l'intervention les aurait-elle tués. — Il est vrai que, d'autre part, Bull, Bouilly et Moty ont opéré en pleine péritonite; ils ont sauvé leurs malades, qui peut-être seraient morts sans cette intervention.

Aussi demeurons-nous perplexe; nous n'oserions maintenir dans toute sa rigueur notre affirmation première, et en présence des faits si nombreux de blessés guéris malgré l'apparition de la péritonite, nous devenons plus hésitant. Aussi croyons-nous que ces cas échappent encore à une règle fixe; ils nous semblent rentrer dans le domaine un peu vague de ce que l'on nomme le flair chirurgical. A chacun de juger ce qu'il doit faire en pareil cas.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 18 juin 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *De la tuberculose chirurgicale ; suites immédiates et éloignées de l'intervention ; traitement pré et post-opératoire*, par le Dr Paul Thiéry ; Paris, Steinheil, 1890 ;

3° Lettre annonçant la mort de M. Oscar Heyfelder, membre correspondant étranger (2 juin 1890), à Saint-Pétersbourg ;

4° Lettre de M. Bois, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aurillac, se portant candidat au titre de membre correspondant national.

M. le Président annonce qu'il sera procédé, au mois de juillet, à l'élection de quatre membres correspondants nationaux.

Rapport.

De la cystopexie abdominale antérieure.

Rapport par M. Terrier.

Messieurs, j'ai été chargé de vous présenter un rapport sur trois travaux, d'ailleurs assez analogues, présentés à la Société par MM. de Vlaccoz (de Méthelin), Dumoret et Tuffier (de Paris). Quand je dis que ces travaux sont analogues, il serait plus exact de dire qu'ils ont été faits dans un même but, à savoir celui de remédier à la *cystocèle vaginale.*

Dans les cas trop fréquents de cystocèle vaginale exagérée, les chirurgiens que je viens de nommer se sont efforcés de trouver un procédé de fixation de la vessie par sa partie supérieure, procédé analogue, au moins en principe, à celui que j'ai préconisé pour

remédier à la chute de l'utérus. C'est même après avoir fait l'hystéropexie en suivant les règles que j'avais indiquées que M. de Vlaccoz (de Méthelin) a eu l'idée de pratiquer sa première fixation vésicale, opération qu'il désigne sous le nom discutable de *gastro-cystorraphie*. « Je me suis inspiré, dit-il, pour cette nouvelle opération, des travaux de mes devanciers sur l'opération de l'hystéropexie »[1].

Le chirurgien de Méthelin a fait deux opérations qui toutes deux ont réussi. Voici ces observations, malheureusement un peu trop écourtées :

Obs. I. — Femme de 36 ans, ayant eu trois enfants, atteinte de cystocèle vaginale simple, avec douleurs et troubles de la miction.

L'opération consista à inciser l'abdomen à l'hypogastre dans une étendue de 6 centimètres ; au préalable, on avait distendu et redressé la vessie par une injection résorcinée de 150 grammes (à 2 0/0). Après avoir écarté les lèvres de la plaie abdominale, la vessie vint bomber dans cette ouverture ; elle fut fixée à cette place « par deux sutures perdues au catgut n° 4 ».

L'auteur dit avoir traversé tout d'abord la lèvre gauche de l'incision abdominale, la peau exceptée, *puis la vessie de part en part*, pour ressortir à la lèvre droite de l'incision, la peau toujours exceptée.

Suture superficielle de la plaie abdominale, après toilette rigoureuse du champ opératoire avec la solution de résorcine; pas de drain; pansement à l'ouate hydrophile salicylée.

L'opération, qui dura vingt-cinq minutes, fut des plus simples et n'eut aucune suite fébrile. La vessie ainsi fixée fut vidée deux fois par jour, à l'aide de la sonde, pendant les six premiers jours qui suivirent l'intervention, et, dix jours après, les douleurs et les troubles de la miction avaient tout à fait disparu.

Quant à la cystocèle, elle était parfaitement réduite, et cette réduction persistait encore six mois après l'opération.

M. de Vlaccoz fit peu après, par le même procédé, une deuxième opération, toujours pour une cystocèle vaginale simple, et obtint un nouveau succès.

L'auteur fait suivre ces observations de quelques remarques : l'ectopie vésicale est réduite, dit-il, par suite de la traction exercée par les sutures sur la vessie, et elle est maintenue ensuite par un processus adhésif entre la vessie ou plutôt le tissu cellulaire prévésical et la paroi abdominale antérieure.

Pour lui, ce procédé, fort simple à exécuter, est supérieur aux procédés multiples agissant par le vagin et dus à Gobert, Fleehzwood, Sims, Baker Brown, etc.

[1] Observation adressée à la Société de chirurgie, le 8 janvier 1890.

Il ajoute cependant, et avec une parfaite raison, que des succès plus nombreux sont nécessaires pour arriver à formuler une opinion ferme sur cette nouvelle opération, qu'il soumet à votre haute appréciation.

Le deuxième travail qui nous a été communiqué est celui de mon ancien interne, M. le Dr Dumoret; voyons d'abord son observation, que je vais essayer de résumer :

Obs. II. — Il s'agit d'une femme L..., de 48 ans, demeurant aux environs de Paris; réglée à 17 ans, elle eut un premier enfant à 26 ans, et un deuxième à 30 ans. Dès la première couche, elle nota un abaissement utérin qui s'accentua à la deuxième couche et s'accompagna de cystocèle.

En 1878, elle subit à la Pitié l'amputation du col, pour remédier au prolapsus utérin. La cystocèle persista malgré cela.

Fait curieux à noter, c'est que le père de la malade était hernieux, que sa mère portait un pessaire, et que sa fille paraît être atteinte de chute de l'utérus, après un premier accouchement.

De 1878 à 1889, Mme L... porta tous les pessaires possibles sans l'ombre de soulagement; elle se plaignait de douleurs lombaires et de mictions fréquentes facilitées par l'expression manuelle de la cystocèle; en fait, la malade ne peut que difficilement travailler.

M. Dumoret vit la malade le 3 novembre 1889; elle était émaciée et se plaignait de troubles digestifs ; de plus, on constatait l'existence d'une cystocèle vaginale atteignant le volume d'une tête fœtale, dans la station debout. Il y a un petit calcul vésical ; des troubles incessants dans la miction, qui est très fréquente. La malade demandait une intervention chirurgicale pour la débarrasser de ses douleurs.

M. Dumoret lui proposa la fixation vésicale, qui fut acceptée, et dans ce but il s'efforça de désinfecter la malade par des injections vaginales au sublimé et le tamponnement du vagin avec de la gaze au salol; par une potion au biborate de soude et des lavages boriqués de la vessie; par l'administration de cachets de naphtol β ; enfin par des grands bains et des applications de pansements au sublimé sur la paroi abdominale antérieure. Ces précautions furent prises pendant près d'un mois.

Le plan que voulait suivre M. Dumoret, plan qu'il avait conçu après des recherches sur le cadavre, était celui-ci :

Raccourcir l'ouraque par torsion et tractions, ce qui élèverait la vessie ; puis suture de l'ouraque et de la vessie à la paroi. C'était une cystopexie intra-péritonéale avec suture de l'ouraque, dit l'auteur.

Quoi qu'il en soit, nous verrons que ce plan ne put être suivi et pour cause.

Le 16 décembre 1889, l'opération fut faite avec l'aide de MM. Baudoin et Mignon, internes des hôpitaux de Paris.

On lave abondamment le vagin, et on réduit la cystocèle à l'aide d'une injection boriquée tiède ; l'auteur ne dit pas combien il a dû utiliser de liquide pour obtenir cette réduction de la vessie.

Incision de la paroi antérieure abdominale sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, à environ 4 travers de doigt de cet os et dans une étendue de 5 centimètres. On arrive sur le fascia péritonéal et on ponctionne le péritoine au bistouri; puis on l'ouvre plus largement avec des ciseaux mousses.

On croit être arrivé sur la vessie, mais un examen plus attentif démontre qu'il s'agit d'une anse intestinale adhérente au fond de la vessie.

Il faut détacher les adhérences intestinales de la vessie, ce qui est long, difficile et nécessite une hémostase minutieuse. Ce temps de l'opération dura près de trois quarts d'heure. Il s'agissait probablement du cæcum, qui encadrait en quelque sorte le globe vésical.

La vessie libérée, on rechercha, mais en vain, l'ouraque; abandonnant donc son idée primitive, M. Dumoret fit refouler en haut les anses intestinales et évacuer une partie du liquide qui distendait la vessie.

« On saisit alors de la main gauche le péritoine vésical sur ses parties latérales, très près du sommet de l'organe, qui est attiré vers la plaie pariétale.

« A l'aide d'une aiguille courbe de Reverdin, une soie de grosseur moyenne est alors passée un peu obliquement à travers les lèvres de l'ouverture abdominale, la peau exceptée; elle pénètre dans la partie la plus élevée des insertions latérales du péritoine pariétal, puis, ressortie du péritoine, qu'elle traverse seul, elle est coudée en anse, puis nouée.

« Trois autres anses de soie furent passées de même, venant, à mesure qu'elles sont plus inférieures, rattacher le péritoine aux lèvres de la plaie, vers sa partie antérieure. »

Des manœuvres analogues sont faites pour la face latérale gauche; seulement les fils sont passés du péritoine dans la paroi musculo-aponévrotique.

En exerçant quelques tractions de bas en haut sur les parties latérales de la vessie, on découvrit la portion de la face antérieure de cet organe confinant au cul-de-sac péritonéal vésico-abdominal, et trois fils de soie furent placés très près de ce cul-de-sac antérieur.

Ces fils, en quelque sorte de renforcement, portent à onze le nombre des sutures vésico-abdominales, ou plutôt des sutures de la séreuse vésicale à la paroi abdominale. La cystocèle est réduite complètement.

Dans le but de mieux encore fixer l'organe, on reprend avec l'aiguille de Reverdin les extrémités des fils de soie passées dans le péritoine et noués préalablement, et on les fixe dans l'épaisseur même des muscles des parois abdominales, espérant, dit M. Dumoret, « qu'elles serviront à la fois de tuteurs aux fils intra-péritonéaux dont elles ne sont que la continuité, et de moyen de suspension à distance. »

Nous avouons ne pas très bien saisir l'utilité de cette seconde série de sutures dans la paroi abdominale.

La suture péritonéale faite, il y a un suintement sanguin assez abondant, et on doit lier deux petites veines vésicales.

La plaie de l'abdomen est alors fermée avec quatre sutures profondes à la soie et les sutures cutanées au crin de Florence.

Pansement sec au salol, gaze et ouate au salol.

Une sonde à demeure (stérilisée) est laissée dans la vessie. Tamponnement du vagin avec la gaze au salol.

Les suites opératoires furent des plus simples pendant les sept premiers jours, c'est-à-dire jusqu'au 23 décembre. La température oscilla entre 37°,2 et 37°,8.

Le 23, après une purgation, frisson, douleur dans le côté gauche. Oppression, 39°,2; 140 pulsations, souffle à gauche.

Les accidents pulmonaires continuent le 24 et le 25 et la malade succombe le 26 à la broncho-pneumonie gauche.

Il faut noter qu'on était en pleine épidémie d'influenza et que ces accidents furent attribués par MM. Leriche et Dumoret à cette épidémie.

En tous cas, ils ne nous paraissent pas en rapport avec l'opération faite chez la malade.

Bien que cette opération ait été faite en ville, M. le Dr Dumoret put faire l'autopsie de sa malade, en voici les résultats en abrégé :

La plaie abdominale était absolument réunie; il n'y a pas traces de péritonite, ni d'adhéreuces intestinales.

La vessie adhère à la paroi abdominale par toute sa face antérieure, et cependant, il existe encore un léger prolapsus vésical du côté du vagin.

Les sutures en soie non résorbées ont bien tenu, mais pour réduire le prolapsus vésical, il faut tirer sur l'utérus, comme le ferait une hystéropexie.

L'examen d'un morceau de poumon, montre qu'il est en hépatisation grise et atteint de broncho-pneumonie.

La vessie était notablement augmentée de volume; l'utérus petit avait 6 centimètres et demi; le vagin très épais en avant, offrait une énorme capacité due probablement au port d'un pessaire Dumontpallier.

De cette observation, qui démontre l'insuffisance de la fixation de la face antérieure de la vessie, pour combattre le prolapsus de la face postérieure, M. Dumoret conclut, un peu vite selon nous, que pour obtenir un résultat satisfaisant il faut : 1° opérer de bonne heure; 2° multiplier les points de soutien de la vessie en faisant l'*ouro-hystero-cystopexie;* 3° compléter même parfois le résultat par une élytrorraphie.

Nous reviendrons plus loin sur ces diverses conclusions.

Le mémoire qui vous a été lu par M. Tuffier dans une des dernières séances [1], a pour titre *de la cystopexie, opération autoplastique destinée à remédier à la cystocèle vaginale.*

[1] 28 mai 1890.

M. Tuffier a fait des expériences, des recherches anatomiques et, point important pour nous, il mentionne deux opérations de cystopexie dont l'une date de quatorze mois.

C'est l'observation de cette malade, observation relatée brièvement dans la thèse inaugurale de M. Dumoret [1], qui vous est racontée plus longuement, avec des détails sur le manuel opératoire que conseille M. Tuffier.

Et tout d'abord, nous ferons remarquer que la première opération faite par M. Tuffier paraît la plus ancienne, car elle date du 15 mars 1889, c'est-à-dire qu'elle a précédé celle de M. de Vlaccoz de quelques mois (trois ou quatre) et celle de M. Dumoret de huit mois.

« La saillie de la vessie dans le vagin étant due à une insuffisance de ses moyens de fixité, et le plancher vésical étant formé par la paroi antérieure du vagin, c'est à la consolidation de cette paroi que l'on devait s'adresser tout d'abord, d'où la colporrhaphie antérieure.

« Mais, ajoute l'auteur, par son poids, la vessie tend sans cesse à déprimer cette paroi antérieure du vagin ; or, on peut neutraliser cette force en fixant les parties latérales de la vessie à la paroi abdominale antérieure.

« Telle est, dit M. Tuffier, l'idée théorique qui me fit chercher de ce côté ».

Cette théorie est-elle aussi évidente que le croit l'auteur, et le poids vésical joue-t-il un rôle aussi considérable qu'il l'affirme dans le développement du prolapsus? nous avouons ne pas trop y croire et pensons que les phénomènes purement physiques ne jouent pas le rôle principal dans cette pathogénie.

Mais peu importe, actuellement au moins.

Avant de pratiquer son opération, M. Tuffier chercha par l'expérimentation à élucider les questions suivantes :

1° Les parois vésicales sont-elles susceptibles de contracter des adhérences avec la paroi abdominale antérieure?

2° La fixation de la face supérieure de la vessie peut-elle nuire à l'excrétion urinaire, en augmentant la fréquence des besoins de miction?

3° La traction exercée sur le bas-fond vésical ne peut-elle couder les uretères à leur entrée dans la vessie?

L'auteur expérimenta sur des chiennes, dans le laboratoire du professeur Dastre, et si la première question fut résolue par l'affirmative, les deux autres le furent négativement.

[1] *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin*, etc. Thèse de Paris, p. 44, 1889.

En d'autres termes, les adhérences se font parfaitement, ce qui n'a pas lieu d'étonner beaucoup, étant donné ce qu'on sait de l'hystéropexie; de plus la vessie fonctionne bien et les uretères ne sont pas coudés.

Notons que sur ces chiennes, M. Tuffier a dénudé la vessie de son péritoine et a suturé la fibro-musculeuse à la paroi abdominale elle-même dénudée de séreuse.

Ces expériences faites, M. Tuffier crut devoir étudier à nouveau l'anatomie de la région hypogastrique avant d'opérer chez l'homme.

Il constata, 1° qu'il est facile d'aborder les parties latérales et inférieures de la vessie sans léser le péritoine qui peut se décoller plus facilement qu'on ne le croit généralement;

2° La face inférieure de la vessie adhère intimement à la face antérieure du vagin, et la cloison vésico-vaginale est un tout solide, si bien qu'une traction sur la vessie entraîne la paroi vaginale;

3° La partie supérieure de la vessie est fixée par l'ouraque.

Tout d'abord M. Tuffier pensa agir sur les ligaments latéraux de la vessie, mais ils sont trop faibles; le seul moyen de fixité naturel sur lequel on puisse avoir action, c'est l'ouraque. En le réséquant sur le cadavre, et en suturant les deux bouts, on arrive à entraîner l'organe en haut ainsi que le cul-de-sac antéro-supérieur du vagin; on peut remarquer toutefois que cette résection n'est pas toujours possible, puisque dans l'observation déjà relatée de M. Dumoret, il avait, lui aussi, l'intention de la pratiquer, mais il en fut empêché par l'impossibilité de trouver cet ouraque.

Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre, les vestiges qui forment l'ouraque, étant fort différents selon les sujets, comme tout laparotomiste peut facilement le constater.

En fait, voici le manuel opératoire auquel M. Tuffier s'est arrêté et qu'il a mis deux fois en pratique :

« Toutes les règles de l'antisepsie étant observées, on dilate modérément la vessie par 250 à 300 grammes d'eau boriquée. On incise alors la région hypogastrique, dans l'étendue de quatre travers de doigts, comme s'il s'agissait d'une taille.

« On tombe sur la cavité de Retzius et sur la vessie, facile à reconnaître vu la disposition de ses veines, on décolle très facilement les parties latérales du péritoine ; pour cela un aide maintient un ou deux doigts dans le vagin et facilite ainsi le décollement. On peut ainsi se rendre exactement compte de la région où on se trouve.

« Le décollement est poussé prudemment jusqu'à ce qu'on

arrive sur la paroi vaginale. Il faut alors se garder d'attaquer en ce point la vessie, on risquerait de blesser l'uretère, il faut remonter à deux centimètres environ au-dessus, et là on est certain d'avoir seule la paroi latérale de la vessie.

« On vide alors partiellement la vessie, ce qui permet de manœuvrer plus à l'aise.

« En exerçant sur cette partie latérale des tractions en haut, on entraîne le prolapsus vaginal, ainsi que le doigt de l'aide l'atteste, et on constate qu'en amenant de chaque côté la paroi vésicale, au contact de la paroi abdominale, on réduit complètement la cystocèle. Il ne reste plus qu'à faire la suture dans une bonne position.

« Pour cela, ajoute M. Tuffier, je passe dans la paroi de la vessie quatre fils de soie formant un rectangle d'environ 3 centimètres de côté sur la région choisie, puis je les fixe à la paroi abdominale, si bien qu'ils forment ainsi un rectangle vésical collé sur le rectangle abdominal. Il doivent être facilement amenés, la tension sur la paroi vésicale doit être modérée, mais suffisante pour réduire le prolapsus, ainsi que l'atteste l'aide dont le doigt est à demeure dans le vagin.

« La même suture est faite du côté opposé sur une étendue égale. A cet égard je conseille, dit M. Tuffier, de commencer par le côté gauche de la malade, car on manœuvre plus difficilement de ce côté et il est préférable d'y pouvoir évoluer à l'aise. »

Si ces moyens de fixation étaient insuffisants, l'auteur propose d'y ajouter le raccourcissement de l'ouraque, mais encore faut-il que ce soit possible, ce dont il ne paraît pas douter.

L'opération se termine par la suture en étages de l'incision hypogastrique et par le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée; ce tamponnement est maintenu pendant quinze jours. La malade est sondée les sept premiers jours; elle se lève le quinzième jour, ce qui, par parenthèse, me paraît un peu tôt.

Comme je l'ai déjà dit, M. Tuffier a pratiqué deux fois cette opération; la seconde intervention est trop récente pour prouver quelque chose; aussi l'auteur s'est-il contenté de relater sa première observation.

Elle a trait à une femme de 49 ans, à laquelle M. Tuffier avait fait déjà l'hystéropexie pour un prolapsus utérin, et avec un complet succès (c'était la seconde opération de cette nature faite en France); mais la cystocèle persista en partie, comme je l'ai observé de mon côté, et ce fut pour y remédier qu'on fit la cystopexie.

L'opération fut faite le 15 mars 1889 d'après les règles exposées ci-dessus; elle ne détermina aucun accident, et la malade sortit de l'hô-

pital le quinzième jour. Elle reprit son état de domestique, état très fatigant, et, en octobre 1889, M. Tuffier constata que si la vessie était restée fixée en bonne situation, l'urèthre et la partie voisine de la vessie étaient saillants et offraient le volume d'une noisette. Pour y remédier, M. Tuffier fit une petite élytrorrhaphie antérieure, qui guérit vite. En mars 1890, l'opérée restait absolument guérie, et de sa chute de l'utérus et du prolapsus vésical. En fait, elle avait dû subir trois opérations successives : une hystéropexie, une cystopexie et une élytrorrhaphie antérieure.

Si l'on veut apprécier les diverses opérations dont nous venons de parler, on doit les distinguer très nettement en deux classes, selon que les opérations ont intéressé ou non le péritoine pariétal, de là :

1° La cystopexie abdominale antérieure intra-péritonéale, dont l'opération de M. de Vlaccoz constitue le type parfait, et à laquelle se rattache aussi le fait de mon ancien interne, M. le Dr Dumoret.

Dans ces trois cas, on fixe la paroi vésicale à la paroi abdominale, tandis que M. de Vlaccoz suture à la fois la musculeuse et la séreuse vésicale au péritoine pariétal. M. Dumoret fixe surtout le péritoine vésical, ce qui n'est peut-être pas suffisant. A cet égard, l'expérience seule peut prononcer, et si les faits de M. de Vlaccoz plaident en faveur de sa manière de voir, celui de M. Dumoret n'est pas négatif, puisque la malade est morte avant qu'on ait pu constater le résultat acquis par l'intervention.

2° La cystopexie abdominale antérieure extra-péritonéale appartient entièrement à M. Tuffier; elle lui a donné un bon résultat; toutefois, il est juste d'ajouter que sa malade était dans des conditions spéciales; elle avait déjà subi une hystéropexie, et c'est après celle-ci que, la chute de la vessie persistant, on fit la cystopexie.

Pour mon compte, dans les mêmes circonstances, j'ai cru devoir me borner à pratiquer une colporrhaphie antérieure, et je m'en suis bien trouvé.

Considérer la cystopexie comme le complément de l'hystéropexie, ainsi que tendent à le formuler MM. Dumoret et Tuffier, me paraît une déduction un peu prématurée. Et, dans l'espèce, je préférerais, au moins dans les cas ordinaires, une opération plastique du côté du vagin.

Est-ce à dire que je condamne les tentatives faites par les chirurgiens dont je viens d'analyser les travaux ? Loin de moi cette pensée. Et tout d'abord n'ayant pas l'expérience de cette intervention, je ne me crois pas autorisé à la juger encore. Je pense, mais ceci n'est qu'une opinion *à priori*, je pense, dis-je, que dans bien des cas, on pourra se dispenser de pratiquer la cystopexie abdominale an-

térieure. Toutefois, dans des conditions non encore déterminées, alors que les tentatives autoplastiques faites du côté du vagin et du périnée n'auront pas donné de résultats satisfaisants, il me paraît intéressant de chercher à fixer la vessie par sa partie supérieure et de faire la cystopexie.

En fait, les tentatives faites successivement par MM. Tuffier, de Vlaccoz et Dumoret me paraissent fort intéressantes et dignes de fixer l'attention ; je ne peux me prononcer nettement sur leur valeur, mais elles méritent un sérieux examen.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remercîments à ces chirurgiens et de déposer leurs travaux dans nos archives.

Discussion.

M. Bouilly. Les expériences et les tentatives de MM. Tuffier et Dumoret présentent certes de l'intérêt, mais les causes et le mécanisme de la cystocèle me paraissent avoir été méconnus par eux. Les deux facteurs principaux de cette affection sont, en effet, d'abord une involution incomplète de la muqueuse vaginale à la suite d'accouchements répétés ; en second lieu, le manque de résistance du plancher périnéo-vaginal. C'est contre ces deux éléments que se doivent diriger les tentatives thérapeutiques. On aura beau suspendre la vessie à la paroi abdominale, ce déplacement artificiel n'empêchera point le prolapsus du vagin. Le simple examen du reste de la vulve indique toute l'importance de la paroi postérieure du vagin, dont la tonicité constitue le soutien naturel de la paroi antérieure de cet organe. C'est aux opérations plastiques, bien moins dangereuses dans l'espèce que celles qui viennent d'être proposées, qu'il faut réserver la préférence, car elles répondent bien plus positivement aux indications étiologiques.

M. Verneuil. La simplification des procédés chirurgicaux que les meilleurs esprits considéraient comme si désirables, il y a quelques années encore, ne me semble point être également appréciée par quelques chirurgiens modernes. Les méthodes compliquées et quelque peu dangereuses que l'on propose aujourd'hui ne valent point ce que l'on possédait déjà.

J'ai fait mes premières opérations anaplastiques sur le vagin lorsque j'étais chirurgien de Lourcine : ce qui date de loin déjà.

Depuis lors, j'en ai pratiqué un certain nombre ; bien que le plus souvent les pessaires m'aient suffi à maintenir les déplacements du vagin.

Les incisions plus ou moins étendues, suivies de suture, m'ont donné de bons résultats, dans les cas même où, cette dernière ayant échoué, la plaie se réparait par seconde intention.

Dans les cystocèles et les prolapsus, il est nécessaire d'adjoindre aux incisions plus ou moins étendues un rétrécissement de la vulve toujours très élargie dans ces cas.

Peut-on sérieusement compter sur l'efficacité de certains moyens, comme la résection de l'ouraque? Je ne puis le croire, et considère cette ressource comme tout à fait illusoire.

L'utérus, chez la malade de M. Tuffier, avait été déjà suspendu par l'hystéropexie ; une simple élytrorrhaphie antérieure aurait d'autant mieux et plus simplement suffi que force a été d'y avoir recours comme complément de la cure.

Sans donc condamner absolument les tentatives de suspension de la vessie au moyen de sa fixation aux parois de l'abdomen, je conserve provisoirement toutes mes préférences pour les méthodes anciennes.

M. Pozzi. Je partage en grande partie cette opinion, d'autant que, dans un des cas qu'on vient de citer, il a été nécessaire de faire une élytrorrhaphie. Pareille réserve peut être faite à l'égard de l'élytropexie ou suture du fond du vagin, que Biford (de Chicago) a pratiquée pour relever la vessie, puisqu'il a fallu recourir ultérieurement à une colporrhaphie.

Il est à remarquer que les sutures et les adhérences opératoires destinées à remédier à des prolapsus sont sujettes à caution, et ne peuvent pas toujours résister aux efforts.

Pour mon compte, j'estime qu'il est préférable de ne s'adresser qu'à la colporrhaphie et à la périnéorrhaphie qui rétrécissent suffisamment la cavité du vagin et qui, en rétablissant le contact entre les parois, s'opposent à l'influence atmosphérique.

M. Richelot. J'ai fait un grand nombre de colporrhaphies et en ai obtenu de bons résultats ; je ne vois donc point qu'il y ait une nécessité urgente d'y substituer une opération dont les résultats sont plus aléatoires.

J'admets que l'on pratique l'hystéropexie contre certains prolapsus rebelles; mais faut-il encore que les échecs des méthodes plus simples vous contraignent à y avoir recours.

M. Verneuil. Le rétrécissement de la vulve n'est point indispensable dans la cystocèle ; la simple opération plastique suffit souvent ; mais la rectocèle commande en même temps que la colporrhaphie le rétrécissement de la vulve.

M. Terrier. J'ai avancé dans mes conclusions que je ne prenais parti pour aucune des opérations exécutées par les auteurs dont je suis rapporteur ; car, à ce point de vue spécial, l'expérience me fait absolument défaut.

Il existe dans les divers déplacements des organes génitaux de la femme des altérations que nos procédés sont insuffisants à réparer; aussi ne puis-je condamner *à priori* les tentatives faites pour y remédier, bien que la théorie des suspensions émise par M. Tuffier n'ait point mon assentiment.

Je ne suis point non plus partisan des simplifications chirurgicales dont M. Verneuil se fait l'apologiste. Il importe peu qu'une opération soit difficile dans son exécution, si elle a une efficacité réelle.

Je n'ai point ici à discuter l'efficacité ou l'insuffisance des opérations plastiques, puisque mon rapport devait se borner à l'analyse d'observations qui n'en faisaient aucune mention.

Communication.

Sur la contagion et l'origine microbienne du tétanos.

Par M. Reynier.

Messieurs, l'idée de la contagion du tétanos et de son origine microbienne entre de plus en plus dans nos esprits. Cependant, parmi nous, quelques-uns peuvent encore douter, ou tout au moins attendre pour affirmer leur conviction, des faits positifs, bien observés et faciles à contrôler.

C'est à Turin que Carl et Rattone ont réussi en 1884 à transmettre expérimentalement le tétanos de l'homme aux animaux; la même année, un élève de l'Institut de Gœttingue, Nicolaïer, décrivit un bacille en forme d'épingle, qu'il trouva dans certaines terres, et qui, inoculé aux animaux, produisait le tétanos.

Depuis Rosenbach (1886), Socin et à leur suite Ferrari, Hochsinger, Bonome, di Vestea, Giordano, et enfin Shakespeare (de Philadelphie), Ohlmüller et Goldschmidt, Beumer, Peiper, Lampiasi, Reuter et Lumniczer (de Vienne), ont réussi à inoculer le tétanos de l'homme aux animaux, et à retrouver le bacille décrit par Nicolaïer.

En France, nous étions moins heureux : les inoculations faites par MM. Larger, Kirmisson, Jeannel, Vaslin et Polaillon n'ont donné que des résultats négatifs; moi-même, il y a deux ans, j'ai vainement essayé d'inoculer des cobayes et des lapins avec du pus pris sur la plaie d'un tétanique mort chez M. Blum.

Seul, M. Nocart (*Recueil de médecine vétérinaire*, 1887) réussit à provoquer des crises tétaniques chez un lapin auquel il avait

inoculé de la poussière, obtenue en raclant des copeaux imprégnés de pus et de sang, et qui avaient servi à la castration de chevaux morts tétaniques.

Mais là encore il n'y avait pas un fait positif de contagion de tétanos de l'homme aux animaux, et dans une dernière discussion qui eut lieu à la Société de médecine pratique, nous avons pu voir M. Leblanc contester la réalité des crises tétaniques observées par M. Nocard. Cette discussion avait lieu à propos d'un travail de M. Guelpa, qui avait obtenu des crises convulsives sur des lapins auxquels il avait inoculé du sang, provenant de chevaux atteints de tétanos.

Or, je viens d'être assez heureux pour recueillir une observation qui me paraît devoir lever tous les doutes. Venant de perdre une femme du tétanos, j'ai pu réussir à inoculer ce tétanos à un cobaye; mon expérience a été contrôlée au laboratoire de M. Strauss, dont la compétence en pareille matière est indiscutable, par celles de son préparateur, M. Sanchez Toledo. Celui-ci, avec du pus pris sur ma malade, réussit comme moi à provoquer un véritable tétanos expérimental sur toute une série d'animaux : lapins, cobayes et souris.

Voici cette observation, qui doit faire l'objet d'un travail que nous devons publier avec M. Sanchez Toledo, mais dont je désire donner la primeur à la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'une femme de 26 ans, qui est entrée, à l'hôpital Tenon le 7 mai 1890.

Originaire de la Côte-d'Or, elle était venue à Paris un mois avant son entrée à l'hôpital. Apres avoir été pendant quelques jours domestique, elle avait quitté cette place pour entrer chez une personne qui la vola et la laissa sans ressources. Vingt-quatre heures après, la malheureuse, mourant de faim, sans argent, perdit la tête et voulut regagner son pays à pied.

Exténuée de fatigue, elle arriva dans un champ près de Noisy-le-Sec, où elle tomba inanimée.

Le commissaire de police la fit transporter à Tenon, où elle entra dans le service de M. Cuffer, le 7 mars au soir. Le lendemain matin, l'interne du service nous la fit passer en chirurgie, où nous l'examinions vers 11 heures.

En découvrant la malade, on constatait qu'aux deux pieds elle présentait une gangrène symétrique humide des cinq orteils. La ligne de séparation des parties sphacélées était formée par un rebord rouge inflammatoire.

La malade nous donna ce renseignement qu'elle croyait que cette gangrène avait été provoquée par ses chaussures, qui l'auraient blessée huit jours auparavant. Elle avait continué à marcher sans se préoccuper autrement de sa blessure. Je dis en passant que nous n'avons

rien trouvé du côté des urines pour expliquer cette gangrène, qui pour nous paraît être une gangrène par refroidissement, la malade ayant couché plusieurs jours à la belle étoile, et probablement par trouble médullaire, lié à la fatigue et à l'absence de nourriture.

Mais en même temps elle nous donnait un autre renseignement d'une plus grande importance : depuis le milieu de la nuit il lui était impossible d'ouvrir la bouche ; elle souffrait beaucoup de la gorge et elle ne pouvait avaler aucun liquide.

En voulant soulever la tête, nous constatons de la contracture des muscles de la nuque, et nous provoquons à ce moment une crise tétanique caractéristique.

Immédiatement, nous avons fait isoler la malade dans une chambre séparée, où nous avons fait l'obscurité complète. Ne pouvant rien faire absorber par la bouche, nous ordonnons des injections sous-cutanées d'antipyrine, 3 grammes en 24 heures, et un lavement de chloral de 4 grammes.

Le lendemain matin, la contracture avait augmenté. La malade respirait très difficilement ; un nouveau lavement de chloral lui est donné, mais à dix heures elle meurt dans un accès tétanique, trente-huit heures après son entrée à l'hôpital.

Le 8 au matin, au niveau du gros orteil gauche sphacélé, nous avions pris du pus, que nous avons inoculé sous la peau du flanc à un lapin et à un cobaye.

Le lendemain de la mort, c'est-à-dire le 10, nous avons enlevé le gros orteil gauche, que nous envoyons à M. Strauss, en même temps que nous inoculions un second cobaye.

Or, voici le résultat de ces inoculations :

Le premier cobaye, inoculé le 8 mai avec du pus pris sur la malade encore en vie, est pris le 11 mai, au matin, trente-six heures après l'inoculation, de crises tétaniques caractéristiques.

Nous le retrouvons avec du trismus couché sur le côté, en opisthotonos et pleurosthotonos, la tête fortement fléchie en arrière, et courbé en arc du côté de l'inoculation, qui avait eu lieu du côté du flanc gauche. Dès qu'on essayait de le remuer, on provoquait un redoublement convulsif, la respiration s'accélérait. Nous pûmes ainsi le conserver pendant sept heures ; vu le matin à neuf heures, il ne mourait qu'à trois heures dans le laboratoire de M. Strauss, où je l'avais transporté.

Quant au lapin, dès le lendemain il paraissait raidi ; si on le bougeait, ses membres se contracturaient, la tête se raidissait. Mais le lendemain cette raideur avait disparu, et depuis il continue à bien se porter.

Le deuxième cobaye n'a rien présenté de particulier.

Par conséquent, nous avons eu un résultat positif, un résultat douteux, un résultat négatif.

Mais, de son côté, M. Sanchez Toledo obtenait une série d'inoculations positives sur un lapin et sur cinq ou six souris.

En même temps dans le pus de l'orteil qui avait servi à l'inocula-

tion, il trouvait le bacille de Nicolaïer tel que celui-ci l'a décrit, avec la forme caractéristique qui le distingue. On l'a comparé à une tête d'épingle, à une raquette, à un clou de cheval ; une comparaison qui me paraît encore plus exacte, est celle d'un spermatozoïde dont la queue aurait été réduite.

Or, ce bacille était dans le pus de cet orteil en si grande quantité qu'il y avait là comme une culture pure du bacille.

En même temps, par un hasard heureux, M. Sanchez étudiait le même bacille dans de la terre, qui provenait de Lisbonne, et qu'on venait de lui envoyer.

Nous pûmes ainsi comparer les deux organismes, le bacille pris dans la terre d'une part, et celui pris sur la femme. Il était identique, et il fut identique aussi dans ses effets. L'inoculation du bacille tellurique produisait les mêmes effets tétaniques que l'inoculation du bacille humain. Avec le pus pris dans l'orteil, ainsi qu'avec celui provenant du point d'inoculation des animaux rendus tétaniques, on a pu obtenir par les procédés de culture anaérobie, des cultures pures du bacille de Nicolaier. L'inoculation de ces cultures au lapin, au cobaye et à la souris détermina un tétanos typique identique à celui obtenu par l'inoculation du produit de l'orteil.

Telle est cette observation qui me parait, à l'heure actuelle, devoir lever tous les doutes, et qui me permet d'avoir la conviction absolue que le tétanos est une maladie microbienne, inoculable, et dont le bacille se trouve dans le sol. Il est très probable que c'est en marchant sur la terre avec des souliers déchirés, les orteils nus, que l'inoculation de cette femme s'est produite, et j'espère d'ailleurs pouvoir plus tard le démontrer.

Discussion.

M. Reclus. Je viens d'observer dans mon service un cas de tétanos qui a été l'objet d'expériences d'inoculation pratiquées par M. Sanchez Toledo. Un malade opéré de hernie étranglée fut pris, huit jours après son opération, de dysphagie avec léger opisthotonos. Les accidents s'aggravant, il succomba le troisième jour. M. Sanchez inocula à des cobayes le produit du raclage du bord, d'une portion désunie de la plaie. Bien qu'on n'ait point constaté dans ce produit le bacille de Nicolaïer, le cobaye inoculé succomba.

Par contre, des recherches bactériologiques ont permis de retrouver ce bacille dans la terre d'un jardin contigu à la salle où était mon malade.

M. Verneuil. J'appelle l'attention sur la coïncidence singulière qui a voulu que la malade de M. Reynier ait contracté le tétanos

sur le territoire de Noisy-le-Sec, où comme je l'ai établi, le tétanos règne à l'état endémique sur les chevaux.

Je viens d'observer tout récemment encore un cas de tétanos chez un cocher qui avait un écrasement du pied produit par sa voiture.

M. Duplouy. J'ai observé, il y a quelque temps, deux cas de tétanos à l'hôpital de Rochefort. L'un des cas, le second, s'était développé dans les salles, mais le premier était survenu consécutivement à l'écrasement d'un doigt par une roue de voiture.

M. Kirmisson. J'ai vu un cas de tétanos dans le service de M. Guyon à Necker, chez un ouvrier employé à la construction de la tour Eiffel, qui avait une fracture de jambe compliquée de plaie. Un cobaye inoculé succomba; mais il fut impossible de développer le tétanos en série chez d'autres animaux inoculés avec le sang de ce cobaye.

Des recherches bactériologiques entreprises dans la salle où avait eu lieu l'accident donnèrent des résultats négatifs.

Présentation de malade.

Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. — Amélioration considérable.

Par le Dr Terrillon.

J'ai reçu dans mon service à la Salpêtrière, le 20 avril, une fille de 16 ans, très amaigrie, pâle, et pouvant à peine marcher. Cette enfant vomissait presque tous ses aliments et se plaignait de coliques violentes et presque permanentes. Son ventre était globuleux, simulant une tumeur. Mais la percussion ne donnait que de la sonorité. Par la palpation on sentait la paroi endurcie, bosselée par places. Les doigts percevaient un frottement caractéristique de la péritonite et aussi provoquaient des petits gargouillements ou cris intestinaux. Il était facile d'établir le diagnostic de péritonite chronique adhésive, probablement d'origine tuberculeuse, sans liquide et qui devait entraîner bientôt la mort de la malade.

Tous les soins médicaux et les révulsifs sur l'abdomen avaient échoué.

Je pensai que, malgré l'absence de liquide, une intervention chirurgicale pourrait donner un résultat heureux en détruisant les

adhérences et en mobilisant l'intestin. Cependant cette intervention, dans la forme sèche ou membraneuse de la péritonite tuberculeuse, donne, d'après les auteurs, des résultats incertains. En présence de la gravité du cas, je crus devoir intervenir, pour donner quelques chances à ma malade.

L'opération eut lieu le 5 mai 1890. Une incision sur la ligne blanche allant de l'ombilic au pubis, permet d'arriver sur le péritoine. Cette séreuse était remplie par de fausses membranes couvertes de granulations tuberculeuses. Les anses intestinales étaient agglutinées par ces adhérences, épaisses, résistantes et farcies de tubercules. Je dissociai aussi profondément que possible toutes ces adhérences qui fournirent beaucoup de sang. Mais sans pouvoir passer entre les anses intestinales superficielles pour arriver jusqu'aux parties profondes.

Toutes les parties déchirées furent lavées à l'eau phéniquée forte. La plaie abdominale fut fermée sans drainage, l'opération avait duré une demi-heure.

Les suites furent parfaites. La température qui, avant l'opération, était à 38,5 en moyenne, tomba à 37°. Les vomissements et les coliques disparurent. Bientôt l'appétit revint et l'alimentation s'améliora.

Enfin cette petite malade a repris des forces et de l'embonpoint puisqu'elle a engraissé de 8 livres en quinze jours. Elle pesait 80 livres le 1er juin, et le 16 son poids était de 88 livres. En même temps on constate un assouplissement notable du ventre, qui n'est plus ni aussi dur ni aussi globuleux.

Cette amélioration ira-t-elle jusqu'à la guérison complète, je ne pourrais le dire; cependant, dans une circonstance analogue, j'ai eu, en 1886, sur une jeune fille de 15 ans qui m'avait été confiée par le professeur Lannelongue, un succès complet et inespéré. Cette malade ne souffre plus du ventre, et on ne trouve comme trace de sa maladie que la cicatrice de la paroi abdominale.

Je le répète, j'ai tenu à publier ce cas pour montrer que, même dans la forme membraneuse de la péritonite tuberculeuse, on peut, par une laparotomie, obtenir un résultat inespéré et une amélioration considérable de l'état local et général de la malade.

Discussion.

M. Richelot. J'ai opéré deux malades affectées de péritonite tuberculeuse avec ascite, qui se sont promptement rétablies.

L'une d'elles présentait un certain degré de pleurésie sèche, siégeant à la base du poumon, qui me fit différer l'opération quelque temps. La respiration est devenue meilleure et les signes sthéthoscopiques de la pleurésie ont disparu depuis l'opération.

M. Terrier. Les résultats des interventions dans la péritonite tuberculeuse sont fort variables. J'ai opéré il y a peu de temps une malade ayant une péritonite enkystée qui fut prise pour un kyste de l'ovaire. J'ai ouvert la poche et l'ai lavée et drainée. La température a baissé et est même restée au-dessous de la moyenne; mais la tuberculose a continué à évoluer du côté du poumon. Des inoculations pratiquées avec les granulations du péritoine de cette malade ont été positives.

J'ai constaté dans le cours de certaines ovariotomies, la présence de granulations sur le péritoine; et malgré cela les malades ont guéri. Il est possible que ces dernières n'aient pas été bacillaires; aussi à l'avenir, avant de se prononcer sur la signification exacte des granulations péritonéales, sera-t-il bon d'avoir recours préalablement à la méthode des inoculations.

M. Polaillon. J'ai opéré, il y a quelque temps, une malade affectée de salpingite tuberculeuse. Je rencontrai sur le péritoine des granulations tuberculeuses confluentes. Je ne pus arriver à extirper complètement la trompe; et une partie de la cavité dut être suturée à la paroi et drainée. La malade n'a eu aucune espèce de fièvre; son état s'est remarquablement amélioré, elle a même repris de l'embonpoint bien qu'il reste une petite fistule.

M. Duplouy. J'ai pratiqué il y a vingt jours, la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse chez une femme de 40 ans, très affaiblie et dans de déplorables conditions. La cicatrisation s'est bien faite; les résultats immédiats sont favorables, tout en réservant l'avenir, bien entendu.

M. Quénu. Il serait bon d'établir diverses catégories dans les péritonites tuberculeuses telles que les formes ascitique, enkystée, agglutinative. On pourrait ainsi se rendre mieux compte des bénéfices que l'intervention opératoire détermine chez les malades. Il faudrait de plus rechercher ce que devient le péritoine à la suite des laparotomies.

Il y a dix-sept mois, j'opérai d'un kyste de l'ovaire une malade dont le péritoine portait les lésions évidentes de la péritonite tuberculeuse. La guérison s'effectua sans incidents, et il y eut une amélioration très notable. La malade succomba cependant aux progrès de la tuberculose, et, outre une éruption tuberculeuse généralisée, je trouvai à l'autopsie que le pédicule ovarique était entouré de masses caséeuses considérables.

M. Terrillon. C'est dans le but d'établir les catégories dont parle M. Quénu que je présente ma malade.

J'ai, en effet, pratiqué plusieurs fois la laparotomie pour la forme ascitique; une fois, cependant, avec M. Lannelongue, j'ai opéré une jeune fille pour une péritonite tuberculeuse à forme membraneuse sans ascite, et qui a très bien guéri. Malheureusement, l'examen histologique ne fut pas pratiqué, tandis qu'il l'a été dans le cas actuel.

M. Terrier. J'ai constaté des améliorations analogues à celles que l'on vient de citer à propos des péritonites tuberculeuses pour des cas bien plus graves. J'ai opéré, il y a six mois, d'un kyste ovarique, une malade qui avait en même temps un cancer de l'épiploon. Elle a guéri de son opération et est actuellement en assez bon état, bien qu'il existe une légère quantité d'ascite.

Présentation de malade.

Cholécystotomie pratiquée pour une cholécystite suppurée

Par M. Paul Berger.

Le malade, que je vous présente, souffrait, depuis plus de six ans, du côté droit du ventre; à cette époque, il eut à plusieurs reprises de violents accès de coliques hépatiques suivis d'ictère. Depuis lors, ces accès se sont supprimés, mais il a vu survenir une tuméfaction de la région du foie, avec des douleurs continues et vives dans le flanc et dans l'hypochondre droit; l'appétit s'est perdu, l'amaigrissement s'est prononcé; un mouvement fébrile survenant tous les soirs depuis quelques mois, des vomissements fréquents, une teinte subictérique de la peau, se sont montrés dans ces derniers mois sans que les selles fussent décolorées. Jamais on n'y avait trouvé de calculs biliaires.

A son entrée à l'hôpital, le 6 février, il se présentait dans un état d'affaiblissement pouvant faire croire à une cachexie véritable. L'hypochondre droit était soulevé par une tumeur qui occupait le flanc droit jusqu'aux limites de la région ombilicale et de la fosse iliaque; cette tumeur ne présentait de fluctuation ou de sensation analogue, que vers la partie la plus déclive.

Après avoir pris l'avis de MM. Duguet et Périer, je conclus à l'existence d'une cholécystite calculeuse et je pratiquai la cholécystotomie le 13 février de cette année.

Ce qui se présenta tout d'abord dans l'incision de la paroi, ce fut la face supérieure du foie; une ponction pratiquée sur elle ne donna issue à aucun liquide; mais, en relevant le foie, nous dé-

couvrîmes bientôt la vésicule biliaire qui était énormément distendue et qui présentait des dimensions colossales. Une ponction évacua son contenu consistant en du pus assez épais; il y en avait près d'un litre; la canule de l'aspirateur ne sentait pas le contact de calculs.

La vésicule était adhérente à la face inférieure du foie dans une étendue considérable et on voyait de gros vaisseaux et un réseau vasculaire très riche se continuer de l'un à l'autre de ces organes, de telle sorte qu'une extirpation de la vésicule eût entraîné des délabrements et un écoulement sanguin considérables. Je me résolus donc à fixer le fond de la vésicule à la paroi, ce que je fis par un double plan de sutures comprenant : le premier, les séreuses; le second, la muqueuse et la peau. Je ramenai et je fixai l'épiploon autour de la vésicule ainsi rattachée à la paroi; le reste de l'incision de celle-ci fut fermé ; puis la vésicule, largement ouverte, fut explorée; une pince put être introduite à plus de 16 centimètres de profondeur sans en trouver le col; elle ramena des débris calculeux et une sorte de boue calculeuse que je cherchai à extraire le plus complètement possible. Transversalement, la vésicule paraissait avoir 12 centimètres de large.

Le malade était depuis longtemps rétabli quand, le 15 mars, la fistule, qui jusque alors n'avait donné issue qu'à du muco-pus légèrement coloré, laissa passer de la bile pure. A partir de ce moment, la bile se montra par intervalles dans les pansements, parfois, en grande abondance. L'état général était d'ailleurs parfait et le malade, qui digérait bien, avait repris toutes ses forces.

A plusieurs reprises, je pus extraire de la vésicule des calculs et des fragments de calculs; leur extraction fut toujours suivie d'une issue de bile plus abondante par la fistule. Les explorations les plus minutieuses ne me permettent plus de retrouver actuellement de calculs libres, mais les parois de la vésicule présentent en plusieurs points de véritables incrustations qui résistent même à des tentatives soutenues de curettage. L'état général est aussi bon que possible, le malade digère bien, a toutes ses forces, il a engraissé; les selles n'ont jamais été décolorées. La vésicule mesure encore 13 à 14 centimètres de son fond à son col, et 6 ou 7 centimètres de diamètre transversal.

Qu'y a-t-il lieu de faire en pareille circonstance? Peut-on débarrasser le malade de sa fistule, et par quelle voie?

Rien ne serait plus simple que de fermer purement et simplement l'orifice fistuleux par la dissection et la suture des parois de la vésicule et des lèvres de l'ouverture abdominale, mais comme la vésicule elle-même est malade et que son col, ainsi que j'ai pu m'en assurer par les injections, ne laisse passer que très difficile-

ment le liquide de sa cavité dans le canal cystique, cette occlusion ramènerait probablement les accidents pour lesquels j'ai dû faire l'opération présente.

Comme il n'y a aucun des caractères d'une oblitération du canal cholédoque, il n'y a même pas à songer à une cholécystentérostomie.

Reste l'extirpation de la vésicule que l'on pourrait tenter actuellement, mais ce que nous savons de ses dimensions et de son adhérence au foie, dans le cas présent, et la distance à laquelle il faudrait en chercher le col, me font considérer cette intervention comme d'une exécution difficile et dangereuse, et comme l'état du malade est très satisfaisant, qu'il profite encore plutôt qu'il ne décroît, et que tous les inconvénients se bornent à l'écoulement de bile qui l'incommode, je me demande s'il ne vaut pas mieux le laisser avec son infirmité, sauf à l'en débarrasser par l'opération si, plus tard, elle devenait pour lui une cause d'affaiblissement ou de souffrance.

Discussion.

M. Terrier. Mon avis est que, dans le cas actuel, il faut ou s'abstenir ou faire l'extirpation de la vésicule. Les adhérences existantes rendraient peut-être moins dangereuse cette dernière opération.

Présentation de pièces.

Tumeur de l'extrémité supérieure du rein gauche, ayant épargné les quatre cinquièmes de l'organe, enlevée par la laparotomie, par la méthode intra-péritonéale, avec pédicule rentré sans drainage.

Par le Dr Terrillon.

Cette pièce est intéressante, parce qu'elle est identique à celle dont il a été parlé dans la séance du 4 juin 1890. Il s'agissait d'un épithélioma volumineux, localisé à une partie du rein, et qui avait été enlevé par la laparotomie en 1888. La malade, actuellement bien portante; est opérée depuis vingt-huit mois sans récidive.

Le rein, actuellement présenté, pèse 750 grammes; son extrémité supérieure est envahie par une tumeur du volume des deux poings, qui semble séparée du tissu rénal sain par une véritable zone fibreuse. On pourrait croire au premier aspect qu'il s'agit d'une tumeur de la capsule surrénale. Mais il ne peut y avoir de doute sur l'origine de la tumeur, car la pointe du rein est pour

ainsi dire dédoublée par cette production et le tissu rénal la recouvre en s'allongeant à sa surface.

Toute la partie du rein, située au-dessous et comprenant les quatre cinquièmes de l'organe, est intacte, ainsi que les bassinets et l'uretère.

L'opération fut pénible ; il fut surtout difficile de décortiquer la tumeur située sous le diaphragme et les côtes. Une hémorrhagie se déclara après la ligature du pédicule, mais elle fut arrêtée par une nouvelle ligature. Le pédicule fut abandonné dans l'abdomen et la plaie abdominale, située à gauche du grand droit, fut fermée par des sutures.

Élection.

L'élection pour la nomination à une place de membre titulaire a donné les résultats suivants.

Nombre des votants : 33.

Ont obtenu :

MM. Bazy....................	20 voix.
Delorme................	10 —
Chaput.................	1 —
Tuffier............... ..	1 —
Bulletin blanc................	1 —

M. Bazy est nommé *membre titulaire* de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 25 juin 1890.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. HORTELOUP, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

1° *Transmission du tétanos.*

M. TACHARD. Dans la *Gazette médicale de Picardie* (septembre et octobre 1889), MM. Maljean, médecin-major et Peugniez, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens, ont publié une étude expérimentale et bactériologique sur l'origine et le mode de transmission du tétanos.

Pour ces expérimentateurs, l'inoculation directe du pus de blessés atteints de tétanos, est restée stérile.

« Nous n'avons pu, disent-ils, reproduire la maladie que dans des conditions spéciales, en insérant sous la peau des lapins, un corps étranger trouvé dans la plaie d'un homme atteint de tétanos. »

Leur travail mérite d'être pris en très sérieuse considération, il relate l'odyssée d'un corps étranger d'origine banale et de petit volume qui a transmis le tétanos à un homme, à trois lapins, et a tué un cobaye de septicémie.

Pour ces expérimentateurs il paraît démontré par leurs recherches que le tétanos n'est pas inoculable par les produits de la plaie introduits en nature sous la peau.

N'ayant pu retrouver les bacilles de Nicolaïer, le tétanos serait pour ces expérimentateurs le fait d'un empoisonnement par un composé chimique.

Le corps étranger qui a servi à leurs études pourrait être comparé à une flèche empoisonnée qui aurait perdu peu à peu sa puissance toxique.

2° Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

M. Routier. L'observation présentée par notre collègue Terrillon dans la dernière séance, m'a d'autant plus intéressé que j'ai eu l'occasion de pratiquer il y a vingt mois une laparotomie chez une malade atteinte de péritonite tuberculeuse : je me contentai de nettoyer le péritoine avec des éponges, et la malade alors impotente et obligée de garder le lit, vaque aujourd'hui aux soins de son ménage.

Depuis, j'ai eu l'occasion de faire une revue sur ce sujet, et j'ai pu réunir 90 cas authentiques de péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie, il n'y a eu que 7 morts rapides ; toutes les autres ont bénéficié de l'intervention ; 17 fois la guérison s'est maintenue plus de 6 mois, 33 fois plus d'un an, sans compter le fameux cas de Spencer Wells, resté guéri pendant plus de vingt-cinq ans.

Je tiens surtout à dire que dans les cas suivis, le plus souvent le péritoine est resté guéri, alors même que la tuberculose évoluait dans le poumon et entraînait la mort.

La recherche des bacilles n'a pas souvent été faite, la cause en est fort simple, c'est que le plus souvent la laparotomie a été pratiquée par un chirurgien croyant avoir affaire à une tumeur abdominale; la péritonite tuberculeuse a été une surprise, et on n'était pas outillé pour la recherche du contrôle.

A mesure qu'on avancera, et devant les bons résultats obtenus, les laparotomies de propos délibéré pour la cure de la péritonite tuberculeuse se multiplieront, les médecins nous les fourniront, eux-mêmes, et on pourra alors étudier ces lésions au point de vue bactériologique.

Cette recherche a été faite cependant; et je vous citerai particulièrement les 4 cas de Ceccherelli, dans lesquels le bacille existait : chez un de ces malades il dut refaire plus tard une laparotomie, il y avait de l'ascite, mais il n'existait plus traces de bacilles.

Quant à la manière dont agit cette laparotomie, je ne vous donnerai pour ma part aucune explication satisfaisante.

Celles que donnent les auteurs ne sont que de pures hypothèses.

Jusqu'à plus ample informé, il faut nous contenter de la notion empirique et savoir que dans la péritonite tuberculeuse à forme

ascitique surtout, la laparotomie peut, sans faire courir de risques sérieux au malade, lui procurer une guérison sinon absolue, au moins de longue durée.

M. Schwartz. Je ne veux pas ajouter un cas nouveau, au point de vue du succès immédiat, à la liste des cas de laparotomies pour péritonite tuberculeuse. Ce que je tiens à dire se rapporte surtout au mécanisme de l'action de la laparotomie, dans les cas de péritonite à forme ascitique.

Il s'agissait dans mon cas d'une femme de 44 ans, malade depuis huit mois, entrée à la maison municipale de santé, présentant tous les signes d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; mais ce qui domine la scène pathologique, ce sont des vomissements incessants coïncidant avec l'émission de 300 centimètres cubes d'urine par jour et de 8 grammes d'urée. Après avoir fait une ponction pour m'éclairer sur la nature du liquide, je fis la laparotomie avec lavage du péritoine à l'eau bouillie à 45°. J'enlevai tout le liquide, quelques fausses membranes et pus constater l'agglutination de masses intestinales à gauche, ainsi qu'un semis de granulations tuberculeuses sur le péritoine pariétal et viscéral.

Tout se passa bien après la laparotomie, et fait remarquable, les urines qui étaient à 350 centimètres cubes la veille de l'opération remontaient au bout de deux à trois jours à 1500, puis 1000 grammes; tandis que l'urée revenait à son taux normal.

Il est difficile d'expliquer le fait, je ne puis que le signaler.

Les jours suivants, le liquide se reproduit, et nous sommes obligé, au bout de quatre semaines, devant la diminution des urines, de refaire une ponction qui évacue 5 litres de liquide. Nouvelle chute des accidents qui s'étaient reproduits, quoique moins intenses.

Une deuxième ponction a été refaite il y a deux mois maintenant. La malade se trouve depuis très soulagée. Son état général est redevenu très satisfaisant, l'examen du ventre fait constater si peu de liquide qu'il est difficile de le trouver.

En somme, amélioration très notable.

Nous ne voulons retenir de cette observation que l'influence manifeste qu'a eue la déplétion du péritoine sur des accidents immédiatement graves qui mettaient en danger la vie de la malade.

Rapport.

Appareils en rotang pour fractures. Trépan et Aiguille de suture, présentés par M. DE MOOY (d'Amesfoort).

Rapport par le Dr H. NIMIER.

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur divers appareils et instruments qui vous ont été présentés par M. de Mooy, médecin principal de l'armée hollandaise.

Mettant à profit la légèreté, l'élasticité et la solidité du rotang, M. de Mooy s'en est servi pour composer des *appareils à attelles accouplées multiples*. Une série de tiges fendues dans le sens de leur longueur, de manière que chacune ait 3 à 5 millimètres d'épaisseur et une largeur de 4 à 10 millimètres, sont juxtaposées et réunies entre elles au moyen de ficelles; leurs extrémités sont garnies et reliées par un ruban de fil, et, dans les parties qui doivent correspondre aux faces latérales des membres, de petites attelles plates en bambou renforcent l'appareil.

Différents de forme suivant les fractures qu'ils sont destinés à contenir, ces appareils sont groupés par jeux de huit (2 pour le bras, 1 pour l'avant-bras, 2 la cuisse, 1 le genou, 1 la jambe et 1 le pied). Sous cette forme ils entrent dans les approvisionnements du service de santé de l'armée hollandaise, et, de plus, sont mis à la disposition du public dans les bureaux de police, postes de pompiers, gares de chemin de fer, en un mot partout où peut se faire sentir le besoin d'un appareil à fracture. Ayant eu l'occasion de visiter l'hôpital hollandais de Kota-Raja (île de Sumatra), j'ai pu y apprécier la valeur pratique de ces appareils, dont les qualités réelles ne vous ont pas échappé à l'inspection du modèle qui vous a été présenté.

Dans son *trépan*, M. de Mooy attire de préférence l'attention sur une disposition particulière de la pyramide dont il a fait un tire-fond automatique. Solidement vissée dans le crâne, la tige d'acier autour de laquelle la couronne creuse sa voie, tend sans cesse à soulever le disque osseux, grâce à l'action d'un ressort à boudin. Lorsque la section est complète, aussitôt le disque est enlevé et le ressort de la pyramide annonce au chirurgien que la manœuvre est terminée. Nous ne méconnaissons pas l'ingéniosité de cette disposition; mais, pour en tirer parti, il faut une main exercée qui n'imprime pas au trépan des oscillations autour de son point fixe; ces dernières, en effet, détruisent la prise de la vis et le tire-fond se détache du crâne avant que l'os soit sectionné. De plus, ce mécanisme, qui complique l'instrument d'après nous, peut être taxé d'inutile, en raison de la forme même de la couronne du trépan

de M. de Mooy. Celle-ci est fortement tronconique, et non pas cylindrique comme dans nos trépans modernes; de là résulte que la voie circulaire tracée profondément par l'extrémité des dents, mesure un diamètre moindre que l'orifice superficiel érodé par la base de la scie. Par suite, lorsque la table interne a été sciée, la couronne ne peut brusquement pénétrer dans le crâne. La conicité de la couronne offre encore cet avantage que la sciure d'os se déverse sans difficulté à l'extérieur; il est, par suite, inutile de se servir pour la chasser de la petite brosse habituelle dont la désinfection peut toujours inspirer quelque inquiétude.

M. de Mooy vous a encore présenté une *aiguille-crochet à sutures*, qui se rapproche de celle qui vous a été soumise par notre collègue M. Larger (séance du 29 mai 1889). « Le chas ouvert se trouve placé sur le bord inférieur de la lance terminale et un peu en avant de la partie la plus large de cette lance. Immédiatement en arrière du chas, le bord inférieur de l'aiguille est *mousse*; c'est grâce à cette disposition que l'aiguille n'accroche jamais les tissus. »

L'aiguille-crochet de M. Larger n'est pas une lance, c'est « un poinçon conique muni près de son extrémité d'un simple épaulement dont le fil à suture comble la lumière. » Ces deux instruments sont donc bien distincts, et tous deux présentent une simplification heureuse de l'aiguille de Reverdin.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à M. de Mooy pour sa présentation et de le porter, suivant son désir, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de la Société de chirurgie.

Rapport.

Sur deux observations adressées à la Société de chirurgie, par M. Phocas (de Lille).

Rapport par M. E. Kirmisson.

Messieurs, je suis chargé de vous rendre compte de deux notes relatives à l'orthopédie, toutes deux adressées à la Société de chirurgie par M. le Dr Phocas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

La première a trait à un cas de torticolis observé chez un enfant de 6 ans ; c'était le sterno-mastoïdien gauche qui était atteint ; la tête était inclinée sur l'épaule gauche, et la face dans

la rotation du côté opposé. Le début de l'affection ne pouvait être précisé ; peut-être s'agissait-il d'un torticolis congénital.

Le 20 mars 1890, M. Phocas pratiqua chez cet enfant la ténotomie à ciel ouvert du faisceau sternal du sterno-mastoïdien gauche. Une incision de deux centimètres et demi fut faite le long du chef sternal du muscle ; le tendon fut chargé sur la sonde cannelée et sectionné ; un second faisceau tendineux qui se trouvait en arrière du premier fut sectionné de la même façon. La plaie fut réunie au fil d'argent, et le redressement réalisé au moyen de l'appareil à traction élastique de Sayre. Malheureusement l'observation nous est communiquée à une date beaucoup trop rapprochée de l'opération pour que nous puissions rien dire du résultat définitif.

Le fait de M. Phocas soulève deux points intéressants : 1° celui qui a trait au mode de section du sterno-mastoïdien rétracté dans le torticolis; 2° celui qui concerne le choix de l'appareil de redressement.

M. Phocas a eu recours à la section à ciel ouvert du tendon du sterno-mastoïdien ; sous ce rapport, je suis de son avis. Sans doute, en ce qui concerne le tendon sternal seul coupé par l'auteur, la ténotomie à ciel ouvert n'a peut-être pas une grande importance. Mais quand on sectionne le chef claviculaire, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, il en est autrement. Cette section, par la méthode sous-cutanée, expose à de réels dangers; on cite le cas de Robert qui blessa la veine jugulaire externe, et perdit son malade d'infection purulente. Volkmann raconte qu'il lui est arrivé d'ouvrir la jugulaire interne. Mais la principale raison qui milite en faveur de la section à ciel ouvert, c'est qu'on peut de la sorte réaliser une opération beaucoup plus complète. Il est en effet fort difficile de sectionner, par la méthode sous-cutanée, non seulement le tendon du muscle, mais encore toutes les brides fibreuses rétractées, qui s'opposent au redressement. L'avantage de la ténotomie à ciel ouvert, c'est de fournir un résultat beaucoup plus sûr et beaucoup plus complet. Le redressement est ainsi rendu plus rapide. On peut so contenter de l'appareil de redressement préconisé par Sayre, dans lequel on prend un point d'appui sur le crâne, un second autour de l'épaule, lesquels points d'appui sont reliés l'un à l'autre par un tube de caoutchouc.

Je rappelle que j'ai moi-même présenté, l'année dernière, à la Société de chirurgie, un enfant chez lequel j'avais pratiqué la ténotomie à ciel ouvert du sterno-mastoïdien, suivie du redressement au moyen d'un appareil dérivé de l'appareil de Sayre, dans lequel les deux points d'appui étaient pris sur la tête ou sur le thorax, et

reliés l'un à l'autre par un tube de caoutchouc. Cet enfant a été revu depuis lors ; il était entièrement guéri [1].

La seconde note de M. Phocas a trait à deux cas de pied-bot paralytique guéris par les moyens orthopédiques. La première observation se rapporte à un enfant de neuf ans, chez lequel, à la suite d'une paralysie infantile, le talon gauche ne portait pas à terre ; les métatarsiens étaient abaissés, le pied creux. Il y avait plutôt abaissement du métatarse qu'élévation du talon. L'exploration électrique démontrait une paralysie manifeste du jambier antérieur gauche.

Une attelle plantaire fut appliquée ; on eut recours à des manipulations quotidiennes et à l'emploi de l'électricité ; quinze jours de ce traitement ont suffi pour amener une amélioration considérable ; le malade peut actuellement appuyer sur le sol par toute l'étendue de la face plantaire.

La seconde observation de M. Phocas a trait à un enfant de 6 ans, qui, à l'âge de 3 ans, avait eu des convulsions, et chez lequel, depuis lors, le pied droit s'était dévié. Depuis trois ans, le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles. Comme vous pouvez en juger d'après ce moule, l'axe du pied continue celui de la jambe, la plante du pied est excavée. Le pied droit est plus petit que le gauche ; la jambe a subi un raccourcissement d'un centimètre et demi. Le genou est légèrement fléchi. Il y avait en outre des troubles trophiques, consistant en un abaissement de la température du membre, et une cyanose de la peau.

Le 6 février 1890, M. Phocas pratiqua la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, suivie du redressement immédiat. L'appareil plâtré fut laissé en place pendant huit jours ; on dut l'enlever à ce moment, parce que de petites eschares s'étaient développées sur le membre. Le résultat étant incomplet, un massage forcé fut pratiqué sous le chloroforme le 19 mars ; aujourd'hui le résultat ne laisse rien à désirer ; la plante du pied tout entière repose à terre.

Cette dernière observation de M. Phocas soulève une question intéressante, celle du redressement immédiat et de l'application immédiate d'appareils à la suite de la ténotomie. Pendant longtemps, on a enseigné (et plusieurs chirurgiens se conforment encore à l'heure actuelle à cette conduite) qu'il fallait, à la suite de la ténotomie, laisser le pied dans son attitude vicieuse jusqu'à ce que la plaie nécessitée par la ténotomie fût entièrement cicatrisée. Après quoi l'on entreprenait le redressement graduel au moyen des appareils orthopédiques. Aujourd'hui, bon nombre de chirurgiens, et surtout les chirurgiens anglais, tels que MM. Howard

[1] Voy. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 21 février 1889.

Marsh, Walsham, Noble Smith, insistent avec raison sur les avantages de la manière de faire adoptée par M. Phocas, à laquelle je me suis toujours conformé pour ma part. Sur ce point encore, je suis donc d'accord avec lui ; je pense que le redressement immédiat et l'application immédiate d'appareils à la suite de la ténotomie, constituent un progrès manifeste dans le traitement du pied-bot.

Je vous propose, en terminant, d'adresser des remercîments à M. Phocas, en déposant ses observations dans nos Archives.

Discussion.

M. Berger. Il n'est point encore démontré que la ténotomie sous-cutanée soit plus dangereuse que la ténotomie à ciel ouvert, qui laisse après elle des cicatrices très disgracieuses chez les jeunes filles, si, comme je l'ai vu, elles se compliquent de chéloïdes. Le manuel opératoire de l'opération sous-cutanée est très simple, surtout si elle ne porte que sur le chef sternal du sterno-mastoïdien. C'est donc à elle que je donnerai la préférence, à moins qu'il ne s'agisse de torticolis complexes; lorsque, par exemple, les scalènes participent à la contracture. J'introduis le ténotome sous le muscle à diviser, et j'ai toujours obtenu de bons résultats immédiats que complète l'emploi des appareils.

M. Verneuil. Je suis d'avis, comme M. Berger, qu'il faut tenir grand compte des cicatrices qui résultent de la ténotomie à ciel ouvert. Je crois cependant que cette dernière donne une sécurité bien plus grande.

Le chef claviculaire du sterno-mastoïdien présente des expansions aponévrotiques mal connues et qui s'opposent souvent à une correction complète de la déviation.

J'ai vu des cas où les moyens mécaniques mal supportés par les malades, produisant même des eschares par pression, ne complétaient le redressement qu'au prix de longs ennuis et de grandes difficultés. J'ajouterai enfin que si la ténotomie du chef sternal est facile, la section sous-cutanée du chef claviculaire est difficile et exige des mains expérimentées.

M. Tillaux. Je ne suis point encore décidé à abandonner la méthode sous-cutanée, et à lui substituer la section à ciel ouvert, nonobstant l'innocuité que donne à cette dernière l'emploi des méthodes antiseptiques.

D'autre part, je rappelle que j'ai toujours cherché à obtenir le redressement après les sections sous-cutanées, et appliqué immédiatement un appareil qui le maintînt; et cette manière de faire, je l'ai proposée et défendue il y a vingt-deux ans dans un mémoire publié dans le journal de Bricheteau.

M. Verneuil. J'admets l'emploi immédiat de l'appareil plâtré, lorsque la correction a été obtenue d'emblée. S'il en est autrement, l'immobilisation ne doit être que temporaire, et on doit lui faire succéder, au bout de quelque temps, l'usage des appareils orthopédiques dont l'action complète peu à peu la correction cherchée.

M. Kirmisson. La cicatrice inévitable à la suite des sections à ciel ouvert est loin d'être difforme, lorsqu'elle succède à une opération exécutée par un bon procédé. Je ne prétends pas du reste qu'il soit nécessaire de substituer toujours cette méthode à la section sous-cutanée. C'est en effet pour la division du chef claviculaire du sterno-mastoïdien que je la réserve. Si, dans ce cas même, je lui donne la préférence, ce n'est point seulement à cause des dangers auxquels expose la myotomie sous-cutanée et qui, pour être peu fréquents, n'en sont pas moins réels, puisque des opérateurs, tels que Volkmann et Robert, ont blessé, l'un la jugulaire interne, l'autre la jugulaire externe. Mais une étude plus complète des insertions claviculaires du sterno-mastoïdien a montré combien il est difficile, sinon impossible, de diviser complètement ces dernières. La pratique a depuis longtemps montré, du reste, quelles difficultés rencontre le redressement parfait, à la suite de la ténotomie sous-cutanée de ce muscle.

Je fais amende honorable à M. Tillaux, et avoue n'avoir point eu connaissance de son mémoire, préconisant une pratique qui est loin d'être celle de la majorité des chirurgiens de notre pays, et à laquelle pourtant je me suis absolument rallié.

M. Berger. Dans les sections sous-cutanées du sterno-mastoïdien que j'ai pratiquées, j'ai toujours opéré la division du chef claviculaire, non au niveau de son insertion, mais à une certaine distance de la clavicule.

Communication.

`éflexions à propos d'une série de 200 *ovariotomies pour kystes de l'ovaire.*

Par le Dr Terrillon.

Depuis l'année 1882, date de mon entrée dans le service de chirurgie de la Salpêtrière, j'ai eu l'occasion de faire, soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle privée, 200 ovariotomies. Ces opérations ont déjà figuré dans des statistiques partielles, compre-

nant chacune 35 opérations, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*. J'ai pensé qu'il serait utile de les réunir dans un groupe plus important et de montrer ce que sont devenues les femmes depuis l'opération.

Cette série s'arrête au 15 juillet 1889. Depuis cette date, j'en ai fait 50 nouvelles qui ne sont pas comprises dans cette série et qui m'ont donné deux cas de mort seulement.

Ces opérations portent exclusivement sur des kystes ou tumeurs kystiques de l'ovaire, à l'exclusion de toute autre lésion de cet organe.

Pour montrer plus nettement les progrès accomplis dans les résultats opératoires, à mesure que je me suis éloigné de l'époque du début de mes opérations, je crois qu'il est utile de diviser celles-ci en deux séries de 100 ovariotomies chacune : Le premier cent commençant en 1882 et finissant en juin 1887 ; le deuxième recommençant en octobre 1887 et finissant en 1889.

Cette division m'a paru légitimée par la différence très nette des résultats immédiats que présente chacune des deux séries : 12 décès pour le premier cent, 4 seulement pour le second. Par résultats immédiats, je désigne comme guéries les malades sorties de mon service après l'opération, en état de reprendre leur existence ordinaire : il y eut 88 de ces guérisons dans la première centaine, 96 dans la seconde.

Je sépare donc avec soin ces deux séries. Les heureux résultats de la seconde sont d'ailleurs facilement expliqués par les précautions antiseptiques plus précises que j'ai employées. C'est là, je pense, un facteur encore plus important que l'habileté plus grande que je n'ai évidemment pas manqué d'acquérir, par l'expérience, pour vaincre certaines difficultés opératoires, habileté qui n'est certes pas non plus étrangère à cette amélioration sur laquelle j'insiste. Quoi qu'il en soit, c'est à partir du moment où j'ai pris ces soins spéciaux dans mes opérations que j'ai vu diminuer le nombre des accidents et que j'ai pu obtenir une série de 34 opérations sans décès et plusieurs autres séries de 20 à 25 guérisons consécutives.

J'avais déjà indiqué les résultats immédiats de ces ovariotomies par séries de trente-cinq ; mais j'ai pensé qu'il était intéressant de récapituler ces faits, de les grouper d'une façon plus satisfaisante et surtout de montrer quels étaient les résultats éloignés de ces opérations : résultats éloignés, puisque la dernière malade a été opérée il y a plus de onze mois.

L'étude de ces résultats éloignés est le but principal de ce travail.

Pour rendre cette statistique plus instructive, je diviserai ce travail en trois parties.

Dans la première partie, j'indiquerai la variété des kystes enlevés, la nature de l'opération (complète ou incomplète), les résultats immédiats.

Dans la seconde partie seront indiqués les résultats éloignés, c'est-à-dire les renseignements que m'a fournis une enquête très sérieuse sur la santé de mes opérées, depuis leur guérison jusqu'à ce jour. Ce tableau comprendra le nombre et la cause des morts.

Enfin, dans une troisième partie, je chercherai à démontrer quelles sont les modifications apportées dans le manuel opératoire de mes ovariotomies, modifications qui ont, je crois, diminué la mortalité opératoire dans des proportions telles que de 12 0/0 pour le premier cent, elle est tombée à 4 0/0 dans la deuxième centaine.

Variétés de kystes opérés. — La nature des kystes observés dans le cours de ces opérations a présenté les variétés suivantes :

Kystes multiloculaires plus ou moins compliqués, végétants ou simples, 162.

Kystes paraovariens, simples, inclus ou non dans le ligament large, 25.

La plupart des kystes paraovariens étaient inclus dans le ligament large et ont nécessité une décortication plus ou moins difficile.

Kystes dermoïdes, 8.

Kystes douteux (sarcomateux), 4.

Kyste hydatique, 1.

Opérations doubles. — Sur 44 malades, l'opération fut double. L'ovaire du côté opposé au siège principal de la maladie fut enlevé, soit parce qu'il portait un kyste plus ou moins volumineux, quelquefois égal à celui du côté opposé (chez 4 malades); soit parce que son état était suspect, son volume exagéré et que souvent il présentait déjà quelques kystes rudimentaires.

Cette double opération ne semble pas avoir influé sur le résultat, car sur ces 44 malades il n'y eut qu'une seule mort.

J'ajouterai, à propos de ces opérations doubles, que chez les femmes ayant dépassé l'âge de 45 ans, il me semble utile d'enlever l'ovaire du côté opposé, s'il présente les moindres signes d'altération. On évitera ainsi la récidive du kyste dans cet ovaire laissé en place, et on supprimera un organe devenu inutile à cet âge.

Cette pratique, défendue par de nombreux opérateurs, me sem-

ble très rationnelle, surtout en présence de ce fait qu'elle n'aggrave aucunement l'opération.

Je n'ai pas jusqu'à présent mis ce précepte en pratique d'une façon rigoureuse et exclusive, mais il est probable que je n'hésiterai pas à l'avenir pour enlever le second ovaire, à moins qu'il n'ait déjà subi une atrophie complète et manifeste chez une femme âgée.

Chez les jeunes femmes, au contraire, le second ovaire ne doit être enlevé que s'il est manifestement altéré.

Parmi ces malades chez lesquelles les deux ovaires furent enlevés, 25 n'avaient pas atteint l'âge de la ménopause et étaient au-dessous de 48 ans.

J'ai remarqué un phénomène curieux et assez difficile à expliquer : cinq de ces femmes, encore jeunes, ont conservé pendant plusieurs années des pertes sanguines qui rappelaient les règles par leur régularité et leur abondance. Chez une seule elles semblen avoir persisté depuis 4 ans. Cependant, chez ces opérées, les deux ovaires étaient kystiques, volumineux, et par conséquent ont été enlevés en totalité.

Opérations incomplètes. — Parmi mes opérations, j'ai trouvé un grand nombre de cas difficiles, mais dans lesquels l'ablation totale du kyste a pu être faite complètement, sans laisser le moindre lambeau dans la cavité abdominale.

D'autres opérations ont, au contraire, présenté des difficultés telles que j'ai dû renoncer à enlever la totalité du kyste et laisser en place partie ou totalité de la tumeur. Ce reliquat a été traité par des procédés différents sur lesquels je reviendrai.

Ces opérations incomplètes ont été au nombre de 14. Je ferai à ce propos une remarque importante : c'est que, dans la première centaine de mes opérations, je note 10 opérations incomplètes, avec des complications plus ou moins graves, tandis que dans la seconde série je n'ai eu que 4 cas de ce genre, et encore il s'agissait de lambeaux peu étendus du kyste qui ont eté abandonnés dans la plaie. Ces lambeaux se sont éliminés plus tard et ont laissé après eux une plaie qui s'est guérie complètement.

Une seconde remarque qui mérite d'arrêter l'attention concerne ce fait que, malgré leur gravité apparente, ces opérations incomplètes ont donné de très heureux résultats. C'est ainsi que sur les dix du premier cent, deux malades seulement sont mortes de l'opération : l'une par épuisement, l'autre par péritonite purulente tardive, due sans doute à la propagation de la suppuration de la cavité kystique au péritoine voisin. Restaient donc sept guérisons.

Un seul des kystes abandonnés dans l'abdomen avait une surface interne végétante. Cependant la malade guérit de l'opération

et se rétablit complètement, sauf la présence d'une fistulette qui persista quelque temps. Plus tard les parois de cette poche végétèrent de nouveau et la malade mourut d'épuisement deux ans après.

C'est le seul cas dans lequel un kyste abandonné dans l'abdomen végéta de nouveau et donna lieu à une récidive.

Le traitement des kystes enlevés incomplètement a varié suivant les cas. Parmi ces kystes laissés en place, 8 furent traités par l'ouverture large, les nettoyages consécutifs et le drainage ordinaire. Quant aux 6 autres qui étaient presque toujours des kystes paraovariens à paroi simples et uni-loculaires, ils ne purent être enlevés, soit à cause de leurs adhérences inflammatoires, soit surtout parce qu'ils étaient trop intimement enclavés dans le ligament large. Ils furent drainés par le vagin. La guérison fut réalisée en deux mois et demi environ. Cependant l'un d'eux présentait à sa surface quelques végétations qui retardèrent la guérison. Après plusieurs mois, la paroi s'élimina par morceaux, et la malade se rétablit quinze mois après l'opération.

Péritonite avant l'opération. — J'ai opéré 3 malades qui étaient atteintes avant l'opération de péritonite aiguë et devant se terminer fatalement par la mort.

Dans deux cas, cette péritonite avait été provoquée par la rupture accidentelle dans la cavité péritonéale d'un kyste à contenu gélatineux et noirâtre.

La troisième malade portait un kyste énorme et était accouchée depuis vingt-cinq jours. Les accidents péritonéaux avaient succédé à un état puerpéral utéro-ovarien de faible gravité. Elle avait, avant l'opération, 39° depuis quelques jours et était très peu résistante.

Dans ces cas, l'ablation rapide du kyste volumineux, malgré des adhérences multiples, suivie du lavage du péritoine et d'un nettoyage parfait de cette séreuse, fut suivie de guérison.

Température après l'opération. — Les températures ont été prises avec soin chez toutes mes malades, surtout dans le deuxième cent.

65 n'ont jamais présenté plus de 37°,5, et un grand nombre n'ont eu que 37°,3 ou 37°,2. 21, le soir ou le lendemain de l'opération, 38°,1 ou 38°2 ; mais une purgation donnée aussitôt arrêtait cette ascension thermique. La première évacuation était le signal de l'abaissement de la températnre.

Cinq malades ont eu une température plus élevée le lendemain de l'opération : 38°,5. Mais aucune de mes malades ayant guéri n'a atteint, sauf deux d'entre elles, 39°. Ces deux dernières même n'ont présenté cette température que pendant trente-six ou quarante-huit heures.

La soif est très rarement vive et persistante. Enfin, ce qui frappe surtout les médecins qui viennent visiter ces opérées, c'est le calme et la tranquillité dont elles jouissent. Dès le second jour, la figure s'éclaircit et l'état général est parfait.

Cet état contraste étrangement avec les phénomènes nerveux, l'agitation, la température élevée, la sécheresse de la bouche qui étaient presque la règle dans mon premier cent d'opérations.

Etait-ce là le résultat d'une antisepsie moins parfaite, l'abus mal entendu des antiseptiques et surtout de l'eau phéniquée? — Je ne saurais me prononcer catégoriquement. Cependant, je suppose que, en ce qui concerne les élévations passagères de température, l'agitation, les phénomènes nerveux, il faut songer à l'action d'antiseptiques trop violents ou trop abondamment employés. Je n'observe plus, en effet, ce genre d'accidents que plusieurs de mes collègues ont décrits et que moi-même j'ai connus aussi, à mes débuts.

Causes de la mort après l'opération. — En analysant avec soin les causes de la mort dans ces deux séries de 100 observations, je constate pour chacune d'elles une grande différence.

Dans la *première centaine*, sur 12 malades, j'en ai perdu 4 par péritonite aiguë rapide avec ou sans septicémie. 2 sont mortes de péritonite purulente à marche lente; l'une après ving-deux jours (celle dont j'ai parlé à propos des opérations incomplètes); l'autre mourut après trente-cinq jours d'une péritonite purulente chronique qui avait débuté insidieusement vers le quinzième jour après l'opération. Les 6 autres malades moururent d'épuisement quelques heures après des opérations très graves et très prolongées chez des femmes affaiblies, mais, d'une façon constante, avant que toute affection inflammatoire ou septicémique ait eu le temps de se développer.

Dans la *deuxième centaine*, au contraire, 3 malades moururent d'épuisement et une seule succomba vers le 12e jour à une péritonite lente. Je n'ai jamais pu découvrir la cause exacte de cette péritonite, et j'ai toujours soupçonné qu'elle était due à ce fait que j'avais été obligé d'abandonner dans l'abdomen un large lambeau de la paroi kystique mortifié, adhérent à la face inférieure du diaphragme, au niveau de son centre.

Je peux donc affirmer que dans mon dernier 100, j'ai éliminé complètement la péritonite, malgré la gravité des opérations, car je compte au moins 73 opérations ayant présenté des difficultés sérieuses.

Résultats éloignés. — J'ai pu suivre assez exactement la plupart des malades guéries après l'extirpation d'un ou de deux kystes de

l'ovaire. Des nouvelles précises m'ont été fournies soit par elles, soit par les médecins qui me les avaient envoyées.

Voici le résumé rapide de cette statistique et de ces renseignements absolument certains :

Sur *cent quatre-vingt-quatre* malades guéries à la suite de l'opération, avant le 1er juillet 1889, j'ai obtenu par mes recherches les résultats suivants :

Tout d'abord, 10 de mes opérées n'ont pu être retrouvées. Les nouvelles les concernant sont donc nulles ou très incertaines. Elles ne figureront pas dans ce tableau. Restent donc 174 opérées.

9 sont mortes, après leur guérison définitive, dans des conditions variables que j'énumérerai brièvement :

1 morte d'alcoolisme, deux ans et demi après l'opération, enfermée dans une maison d'aliénées.

1 morte d'étranglement herniaire inguinal, deux mois après l'opération.

1 morte de récidive dans l'abdomen et dans la plaie opératoire, dix-huit mois après.

1 morte de récidive sarcomateuse dans l'épiploon, six mois après l'opération.

1 morte de récidive sarcomateuse, dix-huit mois après l'opération.

1 morte d'épuisement, quatre mois après.

1 morte d'épuisement, neuf mois après.

1 morte d'épuisement, un an après.

1 morte de fièvre typhoïde, dix-huit mois après l'opération.

Je ferai remarquer que les trois malades qui ont eu des récidives avaient été opérées pour des tumeurs sarcomato-kystiques de l'ovaire et que la récidive était probable. Chez l'une d'elles, j'avais enlevé un énorme morceau de l'épiploon farci de noyaux sarcomateux.

Sur mes 200 malades que j'ai opérées de l'année 1882 au mois de juillet 1889, il en restait donc 165 vivantes. Il était utile de savoir ce que ces malades étaient devenues et ce qu'était leur vie habituelle. J'ai eu sur chacune d'elles, sauf dix d'entre elles inconnues, les renseignements les plus précis et les nouvelles de leur santé sont excellentes.

Grossesses. — Quelques-unes de mes opérées, chez lesquelles un seul ovaire avait été enlevé, sont même devenues enceintes et ont eu des enfants viables et bien portants.

J'ai compté 9 de ces cas. Une de ces malades, opérée d'un kyste multiloculaire dans le courant de l'année 1886, a eu depuis deux enfants.

Accidents consécutifs. — Quelques-unes de mes opérées, une

dizaine environ, d'après les renseignements que j'ai recueillis, ont eu, à la suite de la laparotomie, une distension de la cicatrice.

Chez 6 d'entre elles, il s'agit d'une saillie anormale de la cicatrice variant du volume d'une noix à celui d'une orange, et facilement maintenue par une pelote ajoutée à la ceinture abdominale que porte chacune de ces malades.

4 autres ont eu des éventrations plus marquées, occupant toute la hauteur de la cicatrice, qui était considérable. Cette éventration gênante est maintenue par une pelote spéciale.

Récidives.— Dans un mémoire que j'ai publié dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, en 1885, j'appelais l'attention sur les récidives des kystes de l'ovaire et j'avais, à ce sujet, réuni un certain nombre d'observations.

Or, dans le relevé de mes malades guéries après l'opération, je n'en trouve que 3 mortes de récidive évidente.

La première, opérée le 4 décembre 1882, est morte le 15 décembre 1883. Son observation a été relatée dans mon mémoire sur les *récidives cancéreuses;* la récidive reparut dans la cicatrice, malgré l'ablation totale du kyste et la rentrée du pédicule dans l'abdomen.

La seconde de ces malades, opérée le 3 mai 1887 d'un sarcome kystique, eut une récidive huit mois après : elle mourut rapidement.

Enfin une troisième, opérée le 6 juin 1888 d'un cysto-sarcome de l'ovaire avec épiploon rempli de tumeurs, mourut le 8 octobre 1888.

Je ferai remarquer la rareté des récidives, puisque sur mes 200 opérées, je n'en ai trouvé que 3 cas. Il est nécessaire malgré cela de faire une distinction. En effet, si, pour la première, on n'a rien noté de particulier au point de vue de l'anatomie pathologique et de la nature du kyste, dans les deux autres, au contraire, il s'agissait d'une façon évidente de tumeurs malignes, c'est-à-dire de sarcomes kystiques de l'ovaire à développement rapide.

La malignité était tellement manifeste chez la seconde malade que l'épiploon était farci de noyaux sarcomateux et qu'il fut réséqué.

Il est bien entendu que je ne fais pas rentrer dans le cadre des récidives, c'est-à-dire de la reproduction de la substance cancéreuse, soit dans la cicatrice, soit dans le pédicule, soit dans d'autres parties éloignées de la zone opératoire, les cas dans lesquels un kyste nouveau s'est développé dans l'autre ovaire resté en place au moment de l'opération. En effet, il est possible que le second ovaire fût déjà malade au moment de la première intervention et qu'on ait négligé de l'enlever, soit qu'on n'ait pas reconnu cette

altération, soit parce que la gravité de l'intervention rendait sa recherche difficile.

La formation d'un kyste dans l'ovaire resté en place après une première opération s'est présentée chez mes opérées trois fois. Deux fois seulement j'ai eu l'occasion de faire une seconde ablation.

Manuel opératoire. — Les trois modifications principales que j'ai apportées dans le manuel opératoire et l'instrumentation pour mes ovariotomies portent sur les points suivants.

Elles ont fait le sujet de communications devant la Société de chirurgie à propos de la publication de mes séries de 35 ovariotomies, surtout de la quatrième.

1° La stérilisation exacte et absolue de tous mes instruments par l'emploi de la chaleur et surtout par le séjour prolongé pendant dix minutes et au delà dans l'eau bouillante. Cette méthode, substituée au simple séjour des instruments dans l'eau phéniquée forte semble donner une plus grande sécurité. Aussi, depuis que j'ai, le premier, indiqué cette méthode en 1886, elle a été employée avec succès par un grand nombre de mes collègues. Quel que soit le degré de chaleur auquel on soumette ainsi les instruments, le principe reste le même, et l'expérience m'a prouvé que dans la pratique ordinaire la température de 100° est largement suffisante. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la propreté apparente des instruments doit être aussi parfaite que possible, et qu'avant d'être soumis à l'ébullition pendant dix minutes ils ont été nettoyés et brossés avec soin.

2° La seconde modification très importante, qui me semble avoir augmenté notablement mes succès, en diminuant surtout les causes de septicémie, a consisté dans l'emploi du lavage de la cavité péritonéale avec une grande quantité d'eau filtrée et bouillie. Ce mode de nettoyage du péritoine, après les opérations difficiles ayant nécessité des désordres étendus de la séreuse ou son contact avec des substances plus ou moins altérées, m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'ai jamais pu constater le moindre accident imputabte à cette méthode, et je lui dois bien certainement plusieurs succès dans des cas très compliqués.

J'ai employé cette méthode chez plus de soixante opérées, et je considère qu'elle est seule capable de permettre les nettoyages complets de la partie déclive du bassin, lorsque ces parties contiennent du sang ou des matières venant des kystes rompus. Or, non seulement l'expérience démontre l'importance de ce nettoyage, mais le raisonnement le plus simple indique qu'on ne doit abandonner dans le péritoine qu'une quantité aussi minime que possible de matière susceptible de fermentation.

3° La troisième modification a consisté à faire un nettoyage plus exact et plus certain de mes doigts et de ceux de mes aides : l'usage de brosses avec rebords en crins permettant d'agir directement sous la matrice de l'ongle, l'usage de l'alcool, du permanganate de potasse, en un mot l'emploi successif de tous les moyens capables d'enlever ou de détruire les substances nuisibles existant dans les anfractuosités de la peau ou sous les ongles, telles sont les précautions que je n'ai jamais négligées.

4° Enfin, je pourrais ajouter à tous ces soins l'ébullition des soies servant pour les ligatures.

Mais j'insiste également sur l'habitude que j'ai prise de pratiquer presque seul mes opérations, me servant moi-même et exclusivement de tous les instruments. Un seul aide manie les éponges, et n'intervient qu'accessoirement ; autant que possible, il ne met jamais les mains dans la cavité abdominale.

En résumé, je répète que tous ces moyens, employés depuis le milieu de l'année 1887, c'est-à-dire au début de mon deuxième cent d'ovariotomies, m'ont permis d'obtenir les résultats que j'ai déjà signalés et que je rappellerai en un mot : sur cette dernière centaine d'opérées, je n'en ai perdu que *quatre*, dont une seule de péritonite, et encore dans des conditions spéciales.

Présentation de malade.

Ovaro-salpingite tuberculeuse. Ovariotomie. Généralisation de la tuberculose au péritoine viscéral et pariétal. Lavage du péritoine. Guérison. Présentation de l'opérée.

M. Polaillon. — J'ai l'honneur de présenter à la Société la malade dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Cette femme, âgée de 41 ans, était de souche tuberculeuse : son père est mort tuberculeux. Elle n'a pas eu d'enfants.

Lorsqu'elle est entrée dans mon service de la Pitié, le 6 janvier 1890, elle souffrait depuis huit mois de douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. En même temps son ventre avait grossi, et elle avait beaucoup maigri. Son teint est pâle. Elle a l'aspect d'une personne atteinte de phtisie pulmonaire, mais elle ne tousse pas.

Nous reconnaissons qu'il s'agit d'une tumeur kystique, et la ponction donne un liquide purulent.

L'ovariotomie eut lieu le 21 janvier. L'opération fut extrêmement difficile, parce qu'il s'agissait d'une trompe distendue par un épanchement purulent, avec des adhérences très résistantes à la partie

postérieure du bassin. Il me fut impossible d'énucléer toute la tumeur, dont le fond fut suturé à la paroi abdominale.

Mais ce qui fut le plus remarquable, c'est que le péritoine pariétal ainsi que le péritoine qui recouvre l'intestin étaient criblés de granulations tuberculeuses, les unes transparentes comme des tubercules crus, les autres rouges, granulations grosses comme des lentilles et des pois. Je fis un lavage très soigné du péritoine pour le nettoyer des masses caséeuses, du pus et du sang qui s'était épanché pendant l'opération; puis je refermai l'incision par la suture, très inquiet du résultat de cette opération, en raison surtout de la généralisation de la tuberculose du péritoine.

Contre mon attente, les suites furent très simples ; aucune fièvre, aucune complication. Les vomissements cessèrent complètement. L'appétit revint, et peu à peu la malade récupéra de l'embonpoint et des forces.

Actuellement l'opérée, que je présente, a toutes les apparences d'une santé florissante. Le ventre est souple, sans tuméfaction, sans épanchement. Il reste une fistule au niveau du point où le fond du kyste a été fixé à la paroi abdominale; cette fistule se guérira certainement à la longue.

Quant aux tubercules du péritoine, j'ignore ce qu'ils sont devenus. Ils semblent guéris, et j'ai cité ce fait pour venir à l'appui de l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculose du péritoine.

Élection.

Commission pour l'examen des titres des candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.

Ont obtenu, sur 23 votants :

MM. Kirmisson	23	voix.
Nélaton	22	—
Reclus	22	—
Marc Sée	21	—
Désormeaux	2	—
Jalaguier	1	—
Bulletin nul	1	

Sont élus : MM. Kirmisson, Nélaton, Reclus et Marc Sée, auxquels est adjoint de droit M. Monod, secrétaire général.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

H.-A. Marchand.

Séance du 2 juillet 1890.

Présidence de M. Désormeaux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Rapport sur l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure*, lu à la Société de médecine de Rouen, par le Dr Brunon ;

3° *Corps étranger de la trachée extrait par la laryngo-trachéotomie*, par M. Montaz (de Grenoble), (M. Routier, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. Jalaguier. Je n'ai pas pris la parole à la dernière séance, parce que je voulais revoir mes observations de myotomie pour torticolis. J'ai coupé six fois le muscle sterno-mastoïdien : *deux fois*, le chef sternal était seul rétracté, et la section n'a porté que sur ce chef; *trois fois*, j'ai coupé le muscle tout entier ; dans *un* cas, le chef claviculaire seul fut sectionné tout d'abord ; mais, au bout d'une semaine, voyant que le chef sternal faisait un relief marqué sous la peau, je le sectionnai à son tour. Cinq opérations ont été faites par la méthode sous-cutanée; dans *un seul cas, après avoir commencé par la section sous-cutanée, je dus compléter l'opération par une incision à ciel ouvert.* Il s'agissait d'un torticolis grave, par rétraction totale du muscle chez une petite fille de 15 mois. La veine jugulaire externe, anormalement développée, gênait l'introduction et le maniement du ténotome. Je tentai, cependant la section sous-cutanée ; mais après avoir coupé le chef sternal et une bonne partie du chef claviculaire, très épais, je craignis, en portant le ténotome plus profondément, de blesser quelque gros tronc veineux. Je retirai donc le ténotome et ache-

vai la section des parties rétractées par la méthode à ciel ouvert. L'opération fut facile, après que la veine jugulaire externe eut été réclinée en dehors, au moyen d'un écarteur. La guérison se fit sans incident et la réunion fut parfaite; malgré cela l'enfant porte au-dessus de la clavicule une cicatrice un peu exubérante, longue de quatre centimètres.

Pour mes cinq autres opérations, je n'ai éprouvé aucune difficulté, je n'ai eu aucun accident; la section a été complète et le résultat orthopédique aussi satisfaisant que possible.

Je crois qu'on s'exagère le danger des blessures vasculaires : en ce qui concerne la jugulaire antérieure superficielle et la jugulaire externe, on les évitera si on coupe à un centimètre et demi au-dessus de la clavicule. Quant à la jugulaire interne, elle reste éloignée de la corde musculaire, lorsque celle-ci est fortement tendue; d'ailleurs, j'ai toujours soin d'engager, en refoulant les téguments, l'extrémité de mon index gauche, au-dessous de cette corde, de manière à la soulever et à la couper, en quelque sorte, sur la pulpe de mon doigt.

Toutes mes opérations ont été faites en sectionnant *de la superficie vers la profondeur*. Avec un ténotome bien affilé, on sent à merveille ce que l'on coupe et ce qui reste encore à couper. Je considère ce procédé de section comme plus sûr que celui qui consiste à couper de la profondeur vers la superficie.

En somme, d'après mon expérience, je suis loin de partager l'opinion de mon collègue et ami, M. Kirmisson, qui ne tend à rien moins qu'à proscrire la section du sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée. Je crois que, pour le torticolis, aussi bien que pour le pied-bot, la méthode sous-cutanée est et doit rester la méthode de choix. Avec des instruments propres, la suppuration ne se produit jamais, et l'opération ne laisse après elle aucune cicatrice, ce qui, comme on l'a déjà fait remarquer dans la dernière séance, n'est pas à dédaigner.

Ce n'est pas à dire que je repousse systématiquement l'opération à ciel ouvert; mais je la crois très rarement indiquée, et seulement lorsqu'il y a une disposition particulière des veines, ou bien lorsque les parties à sectionner sont très épaisses, ainsi que cela se voit quelquefois pour le chef claviculaire rétracté. Et, dans ce cas particulier, le meilleur moyen d'apprécier l'épaisseur des parties, c'est encore l'introduction du ténotome, qui est un instrument d'exploration très précis. Si, après avoir sectionné les parties facilement accessibles, on reconnaît qu'une couche très profonde se présente encore au tranchant de l'instrument, il sera prudent de retirer le ténotome et de prendre le bistouri pour couper cette couche à ciel ouvert.

Quant au traitement consécutif, je suis entièrement d'accord avec M. Kirmisson ; je trouve que l'emploi des appareils redresseurs à traction élastique, constitue un très grand progrès. Mes trois derniers opérés ont été soumis au port de cet appareil et s'en sont très bien trouvés. A partir du quinzième jour, je commence les manipulations et le massage sur le muscle sectionné; ces manœuvres sont très efficaces pour maintenir l'allongement obtenu par le redressement immédiat et pour l'augmenter.

Discussion.

M. Championnière. J'accorde mes préférences sans réserve aux sections à ciel ouvert. J'ai déclaré déjà dans ma chirurgie antiseptique que dorénavant la méthode sous-cutanée avait perdu toute raison d'être, et qu'elle doit céder le pas à la méthode rivale d'une exécution bien plus facile, bien plus certaine.

M. Berger. Je n'ai point nié que la sécurité des sections à ciel ouvert fût plus complète, leur exécution plus facile. J'ai insisté, et j'insiste encore aujourd'hui, sur les inconvénients qu'elle présente, en laissant sur le cou des traces indélébiles qui souvent causent aux individus qui les portent de cruels ennuis, ainsi que j'ai pu m'en convaincre tout récemment encore chez une dame de ma clientèle.

M. Championnière affirme que les cicatrices succédant à des plaies qui n'ont pas suppuré sont très peu apparentes et à peine sensibles.

M. Kirmisson. Je ne puis disconvenir que les cicatrices ne soient un léger inconvénient; mais tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre les difficultés que présente la section complète du chef claviculaire du sterno-mastoïdien. Malgré la saillie notable que fait dans certains cas ce faisceau rétracté, il n'est point rare que le ténotome ne divise que le tiers ou le quart des obstacles formés, surtout par sa gaine aponévrotique si complexe et si puissante. De là ces échecs partiels, ces retours à l'attitude vicieuse au bout d'un certain temps. M. Berger a-t-il suivi ses malades assez longtemps pour pouvoir affirmer leur guérison définitive? Le seul souvenir des difficultés qu'un de nos collègues, M. Segond, aurait rencontrées en sectionnant sous la peau le chef claviculaire du sterno-mastoïdien le rend partisan pour l'avenir de la méthode à ciel ouvert.

M. Quénu. J'apporte à l'appui de la pratique de la ténotomie à ciel ouvert un fait personnel récent qui me paraît fort instructif. J'ai opéré, il y a huit jours, une enfant de 3 ans, Suzanne B...,

atteinte de torticolis du côté droit. Cette enfant, du reste, forte et bien portante, ne présentait aucune particularité au moment de sa naissance. A l'âge de 5 ou 6 mois, les parents s'aperçurent qu'elle inclinait légèrement la tête sur l'épaule droite; à ce moment déjà, le muscle sterno-cléido-mastoïdien faisait sous la peau un relief considérable. Au mois de mai dernier, l'inclinaison de la tête s'accentua de plus en plus et l'enfant fut conduite à l'hôpital Saint-Louis où un traitement médical anodin fut seul conseillé. Je vis l'enfant au commencement de juin et constatai à la fois la mauvaise attitude de la tête et la saillie du muscle sterno-mastoïdien.

L'inclinaison latérale et la rotation de la tête en sens inverse sont très accentuées : lorsque l'enfant veut fixer un objet, elle est obligée d'abaisser l'épaule gauche et d'élever l'épaule droite. En palpant le cou, on sent un cordon dur sur le trajet des deux insertions claviculaire et sternale du muscle rétracté; toute correction manuelle est impossible.

En présence d'une telle déviation et aussi d'une rigidité aussi grande du muscle, je me décide pour la ténotomie à ciel ouvert.

Le 27 juin, la petite fille est anesthésiée sous le chloroforme. Je pratique une incision de la peau à un centimètre au-dessus de la clavicule et dans l'étendue des dimensions en largeur du muscle à sectionner. Je fus très surpris, en arrivant sur le plan musculaire, de constater une transformation fibreuse, je dirais volontiers tendineuse, aussi profonde et aussi étendue du tissu musculaire; le faisceau claviculaire, en particulier, n'offrait aucune fibre rouge à plus d'un centimètre de la clavicule, et s'y insérait par un véritable tendon plat.

Je le sectionnai d'avant en arrière avec un petit ténotome. Je saisis entre les doigts de la main gauche, et en l'attirant en avant, le faisceau sternal également dégénéré et le sectionnai prudemment par petits coups. A la section des dernières fibres, il s'écoula tout à coup un jet de sang noir, j'aspergeai vivement la plaie avec un peu d'eau boriquée pour prévenir toute entrée de l'air dans les veines, car le vaisseau lésé me paraissait volumineux, à en juger par la grosseur du jet, et je mis un doigt sur l'extrémité interne de la plaie. Je pus ensuite aisément placer une pince à pression et jeter une ligature à la soie fine. La peau fut ensuite suturée par quatre points au crin de Florence et un drain minuscule placé à son angle externe.

Pansement à la ouate hydrophile stérilisée, aucune application d'appareil. Le mercredi 2 juillet, j'enlevai le petit drain; je constatai que spontanément l'enfant pouvait exécuter les mouvements de la tête sans que l'épaule subît aucun déplacement. L'attitude est parfaitement droite et la correction complète.

Le 6 juillet, les points de suture sont retirés, la cicatrisation est achevée. On peut incliner la tête de l'enfant sur l'épaule gauche au point que celle-ci touche l'oreille. Les mouvements dans tous les sens sont faciles, la tête est parfaitement droite.

L'obtention rapide d'un tel résultat, et sans appareil, m'a beaucoup frappé; mais un autre point m'a engagé à communiquer cette observation, c'est le fait de cette blessure d'une veine importante, la veine jugulaire antérieure, vraisemblablement, alors qu'agissant à ciel ouvert, je coupais prudemment le faisceau sternal, l'enfant étant profondément endormie et immobile. Je ne doute pas un seul instant que si j'avais pratiqué la section sous-cutanée, ou bien j'eusse incisé incomplètement le tendon, ou bien j'eusse également ouvert le vaisseau veineux. Or, l'écoulement de sang, que j'ai eu une seconde devant les yeux, avait assez d'importance pour constituer un réel danger: il eût fallu, à coup sûr, inciser la peau pour lier, et, je le répète, rien ni avant ni après l'incision de la peau ne pouvait me faire soupçonner ce danger. J'avais fait antérieurement chez des enfants un certain nombre de ténotomies sous-cutanées pour des torticolis, j'avoue être devenu depuis très partisan de l'incision à ciel ouvert.

M. Kirmisson. L'observation que vient de citer M. Quénu offre les plus grands rapports avec la mienne. Il a été étonné de l'épaisseur et de la rigidité du faisceau fibreux qu'il a dû sectionner. Il a coupé une veine qu'il a pu lier aussitôt et dont l'hémorrhagie aurait pu avoir de graves conséquences si elle eût été divisée sous la peau.

Enfin, nul doute que la division des obstacles eût été moins parfaite, que le résultat eût été moins rapide et moins beau, et eût dû être complété à l'aide de ces machines dont M. Verneuil a montré l'inconvénient par l'ancienne méthode.

M. Berger. Je ferai remarquer à M. Kirmisson que j'ai suivi mes malades au moins aussi longtemps que lui-même a pu suivre le sien, et que je suis, par conséquent, en mesure mieux que lui encore, puisque mes opérations datent d'une époque bien plus éloignée, d'affirmer les résultats que j'ai fait connaître.

J'ajoute de plus que les appareils dont je me suis servi, quelque peu plus imparfaits que ceux dont je me sers aujourd'hui, non seulement n'ont pas déterminé d'eschares, mais ont été supportés sans le moindre inconvénient.

Communication.

De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes.

Par M. Bouilly.

Je désire appeler l'attention de la Société sur un certain nombre de collections purulentes de la trompe ou de l'ovaire que j'ai pu évacuer avec succès par la voie vaginale.

J'insiste tout d'abord sur ce fait qu'il s'agit de collections plus ou moins élevées, situées sur les côtés ou en arrière de l'utérus et ayant manifestement leur siège dans la cavité d'une trompe ou dans le tissu de l'ovaire. Il n'est pas question d'abcès situés à la base du ligament large ou dans le tissu cellulaire péri-utérin, ni d'épanchements purulents dans le péritoine ou dans le cul-de-sac de Douglas, ni d'hématocèle péri-utérine. Les symptômes et les signes de ces diverses affections sont assez bien connus pour qu'il n'y ait pu y avoir de confusion possible avec les faits que j'ai observés et traités. Il s'agit bien dans tous ces cas de salpingites ou d'ovarites suppurées.

Les malades que j'ai opérées par ce procédé sont au nombre de 6, et leur histoire se ressemble assez pour pouvoir être résumée et rapportée d'une manière concise. Il s'agit de femmes jeunes, ayant présenté depuis un temps plus ou moins long l'évolution et les phénomènes cliniques ordinaires des salpingo-ovarites et se trouvant, au moment de l'intervention, dans des conditions qui m'ont fait choisir l'évacuation du pus par la voie vaginale, de préférence à l'ablation de la poche purulente par la laparotomie. Je passerai rapidement sur l'histoire ancienne de l'affection pour donner plus de détails sur les signes des lésions et l'état des malades au moment de l'opération.

Obs. I. — La première opérée, âgée de 24 ans, malade depuis sept mois, alitée depuis cinq mois, présentait dans la fosse iliaque gauche un empâtement diffus, profond, remontant à 4 travers de doigt environ au-dessus de l'arcade crurale, douloureux à la pression. Par le toucher on sentait le cul-de-sac latéral gauche déprimé et saillant, rempli par une masse régulièrement arrondie, élastique, paraissant se continuer avec le bord gauche de l'utérus qui est immobilisé, et se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. Par la palpation combinée, la fluctuation est manifeste; la tumeur a environ le volume d'une très grosse orange. La muqueuse vaginale glisse à sa surface.

Il n'y aucun trouble ni dans l'attitude ni dans la fonction du membre inférieur gauche.

La laparotomie est pratiquée le 10 juillet 1888; mais la tumeur est si intimement adhérente aux parois du bassin qu'il est impossible de passer les doigts entre elle et ces parois et qu'il me paraît tout à fait imprudent soit de l'ouvrir dans cette profondeur soit de chercher à la décortiquer. L'abdomen est refermé. La malade sort le 2 août en parfait état général et rentre à la Maternité le 12 octobre suivant.

La santé est meilleure, mais la tuméfaction est plus volumineuse; elle a environ le volume d'une tête de fœtus à terme et fait une saillie plus nette et plus appréciable dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche. La fluctuation est très manifeste par la palpation combinée et paraît se produire, quel que soit le point pressé.

Le 23 octobre, la collection est ouverte par le vagin au thermo-cautère et laisse écouler environ 250 grammes de pus bien lié; elle est drainée et largement irriguée avec une solution de sublimé au 1/3000 environ. Le 2 novembre, il se fait une petite hémorrhagie dans le pansement, et le 3, il se produit une hémorrhagie artérielle abondante, inquiétante, qui me semble succéder à la chute d'une eschare ayant intéressé l'artère vaginale gauche. L'écoulement sanguin est assez péniblement arrêté par un tamponnement solide à la gaze iodoformée, application d'un tampon légèrement imbibé de perchlorure de fer sur le point présumé de l'hémorrhagie. La malade, syncopée au moment de l'accident, fut assez longtemps anémiée, à la suite de cette complication.

Le drain est enlevé le 24 novembre, et la suppuration est complètement tarie dans les premiers jours de décembre.

Depuis cette époque, la guérison est complète et ne s'est jamais démentie.

Il n'y a plus aucun signe local appréciable.

Obs. II. — La deuxième malade que j'opérai de cette même façon présentait à la fois les signes d'un fibrome de l'utérus et d'une pyosalpingite gauche. Pour mettre fin aux hémorrhagies abondantes dont elle était affligée et qui l'avaient anémiée à un degré extrême, je fis d'abord, au commencement de juillet 1889, l'ablation du fibrome utérin, après incision bilatérale du col et dilatation immédiate de l'orifice interne avec le dilatateur à trois branches. Le fibrome, gros comme une poire moyenne, était implanté vers le fond de l'utérus et fut extrait après morcellement. Un mois plus tard, les phénomènes douloureux et fébriles persistaient, et il était facile d'apprécier sur le bord gauche de l'utérus une tuméfaction, grosse comme une orange, fluctuante par le toucher et le palper combinés et siégeant d'une manière évidente dans les annexes gauche. A droite, les annexes paraissaient saines. La malade, évidemment fébrile, très abattue, très anémiée, ne me paraît pas devoir avec avantage supporter une laparotomie. Je pratiquai l'incision de la collection par la voie vaginale, dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche; il sortit environ 150 grammes de pus bien lié. Lavage et drainage de la poche. L'ouverture fut faite au bistouri et ne donna lieu qu'à une perte insignifiante de sang. Le draint fut retiré vingt jours plus tard, et la suppuration fut définitivement

supprimée. La convalescence fut troublée par l'apparition d'une fièvre typhoïde prise à l'hôpital.

La malade, revue plus tard, est restée parfaitement guérie et jouit d'une santé excellente qu'elle n'avait pas eue depuis de longues années.

Obs. III. — A la même époque (juillet 1880), je recevais, à la Maternité, une femme de 30 ans se plaignant depuis longtemps de douleurs dans le flanc et présentant, avec une rétroflexion irréductible, des signes non douteux de salpingo-ovarite suppurée à gauche et de salpingo-ovarite droite moins avancée.

L'examen de la malade sous le chloroforme permet de constater la fluctuation de la tumeur qui est accessible dans le cul-de-sac gauche. Immédiatement, la collection est ponctionnée, incisée, lavée et drainée; il sort environ un demi-litre de pus, la poche est complètement affaissée après l'évacuation (29 juillet).

Le soulagement est immédiat, et dans les jours suivants, l'état général redevient très bon. Il n'existe plus aucune douleur à gauche; il n'y a que le côté droit qui reste douloureux et dont se plaigne la malade.

Le 16 août, le drain tombe de lui-même et n'est pas remis en place; le 27, il y a un peu de douleur à gauche; au spéculum, l'incision se montre accolée par ses lèvres et non tout à fait cicatrisée. En écartant les bords à l'aide d'une pince, il s'écoule un peu de sang et de pus; un léger écoulement purulent persiste encore dans les premiers jours de septembre et se tarit vers le 10. Le toucher vaginal indique à cette date un empâtement douloureux à droite formé par les annexes enflammées, la disparition complète de tous les signes à gauche.

Cette malade est revenue nous voir à plusieurs reprises, et nous avons toujours pu constater la persistance, avec amélioration, de la salpingo-ovarite droite et la guérison complète et maintenue de cette même lésion à gauche. La vie ordinaire et les occupations ont pu être reprises malgré cette sensibilité à droite; l'intervention a donc donné le plus favorable résultat chez cette femme vraiment invalide auparavant.

Obs. IV. — Ma quatrième observation présente plus d'un enseignement, elle peut se résumer de la façon suivante. Une femme de 32 ans, assez bien constituée, un peu pâle, vient me trouver pour des écoulements muco-purulents et sanguinolents, avec des règles prolongées et rapprochées. L'utérus est gros, sensible; le col est déchire avec léger ectropion; les annexes sont accessibles et douloureuses, surtout à droite. Il existe également de la douleur spontanée à gauche sans qu'on puisse percevoir de tuméfaction appréciable.

Je propose et je pratique le curettage de l'utérus, le 16 mars dernier, pour remédier aux écoulements utérins et avec l'espoir de modifier secondairement l'état des annexes. Déjà, la laminaire, la veille et l'avant-veille, avait été mal supportée, avait provoqué de la douleur, de l'insomnie.

J'appelle, en passant, l'attention sur ce point; quand la dilatation

faite avec une laminaire appropriée et avec les précautions antiseptiques ordinaires détermine une douleur prolongée, dépassant quelques heures, il y a lieu de soupçonner quelque complication préexistante et latente du côté des annexes.

Les jours qui suivirent le curettage furent mauvais; il y eut de la fièvre, une violente douleur ayant son siège principal et presque unique à la partie antéro-externe de la cuisse gauche, avec irradiation vers l'épine iliaque antéro-supérieure et au-dessus du pli de l'aine. La douleur existe également à droite, à la partie inférieure de l'abdomen; mais elle est moins vive et passe inaperçue derrière l'acuité des douleurs du côté gauche.

Le 28 août, quatorze jours après le curettage, l'examen révèle une tuméfaction très appréciable dans le cul-de-sac antero-latéral gauche, débordant une ligne transversale qui passerait par le milieu du col pour se prolonger vers le cul-de-sac postérieur, perceptible à la fois par le toucher et le palper. Entre les deux doigts, on saisit une masse du volume d'une petite orange, sous laquelle, avec de l'attention, on perçoit une fluctuation profonde. A droite, il existe une légère sensibilité à la pression sans gonflement appréciable; le corps de l'utérus est refoulé de ce côté. La paroi vaginale est souple, non œdémateuse. Aucun signe du côté de la paroi de l'abdomen ni de modification dans l'attitude du membre inférieur gauche qui est dans l'extension sans tendance à la rétraction.

Il n'est pas douteux qu'il s'est fait d'une façon aiguë une collection purulente tubaire à gauche, assez volumineuse, avec péri-salpingite et retentissement péritonéal.

Opération (le mardi 1er avril sous le chloroforme). — En un point que le toucher vaginal combiné au palper démontre tendu, rénitent et fluctuant, en dehors d'une artère vaginale qui bat fortement, j'enfonce le plus gros trocart de l'appareil Potain. Issue immédiate d'une grande quantité d'un pus épais, phlegmoneux.

Sur le trocart laissé en place, je glisse un bistouri et je débride largement dans l'étendue environ d'un centimètre à droite et à gauche. Cette incision est encore agrandie par dilatation à l'aide des mors d'une pince; elle conduit dans une grande poche d'où le pus s'écoule en abondance (200 à 250 gr.) et où est introduite la canule en verre du laveur qui irrigue en tous sens. Pose d'un gros drain, pansement avec la gaze iodoformée.

L'incision est placée à la limite du cul-de-sac latéral et du cul-de-sac postérieur; la poche semble tout à fait vidée après l'évacuation et le drainage.

Les jours suivants il se produit une amélioration rapide, avec chute de la température et disparition des phénomènes douloureux à gauche; la malade ne se plaint plus que du côté droit.

Le 8 avril, le tube est supprimé; il n'y a plus de suppuration; il semble que celle-ci ne se soit plus reproduite après l'évacuation.

Les annexes du côté droit restent sensibles et appréciables par l'examen, sans qu'elles paraissent suppurées.

La malade resta en convalescence pendant toute la durée de mai et de juin, ne souffrant que d'une façon très modérée et n'ayant de vraies souffrances qu'au moment des règles. Au commencement de juillet, elle était en état de partir pour un long voyage en Autriche.

Obs. V.— A la même époque, j'étais appelé à voir avec le D[r] Michel Dansac une jeune femme de vingt ans dont les débuts dans le mariage étaient des plus malheureux. Mariée au commencement de septembre 1889, quelques jours après, elle commençait à éprouver de violentes douleurs dans le ventre et à voir s'exagérer un écoulement leucorrhéique dont elle était déjà atteinte auparavant. A la fin de septembre se déclaraient des phénomènes de pelvi-péritonite aiguë grave, avec vomissements, tympanisme, état général inquiétant. Depuis ce moment, l'affection est constituée; l'état général reste mauvais; les douleurs de ventre sont presque continuelles à droite; vers le 25 décembre, une collection purulente abondante se fait jour par le rectum, sans amélioration de l'état; en février 1890, une nouvelle décharge se fait de la même façon. Les choses vont de mal en pis, l'hecticité se prononce; l'appétit est nul, les douleurs et les vomissements sont continuels. Cette jeune femme, qui était grosse, grasse, fraîche, avant son mariage, présente un amaigrissement squelettique. Elle ne peut plus rien prendre, vomit à chaque instant et paraît menacée d'une mort prochaine si cet état se prolonge encore quelque temps.

Je la vois le 26 avril 1890.

Le ventre n'est que peu ballonné; il est très sensible à la palpation dans toute son étendue, mais surtout vers les côtés de l'utérus et en particulier dans la fosse iliaque droite. Il n'y a rien d'appréciable par la palpation simple; il n'y a aucun phénomène du côté des téguments. Au toucher, le col est petit, l'utérus est en antéversion sur le bord droit du bassin, le cul-de-sac postéro-latéral droit étant refoulé par en haut, le doigt sent une tuméfaction régulière, rénitente, avec un battement vaginal très accentué. La muqueuse vaginale est saine; il n'y a aucun empiétement de la base du ligament large ni du tissu cellulaire anté-utérin. Par le palper et le toucher combinés, on circonscrit entre les deux doigts une masse régulière du volume d'une grosse orange située sur le bord droit de l'utérus, remontant à deux travers de doigt environ au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic, nettement fluctuante. La pression est douloureuse dans le cul-de-sac et par la paroi abdominale. Les annexes gauches paraissent peu volumineuses et ne sont que peu sensibles.

Le diagnostic n'est pas douteux et peut être formulé *salpingo-ovarite suppurée à droite*, et à cause de la forme régulière de la tuméfaction, des circonstances dans lesquelles elle s'est développée, j'ai plus de tendance à localiser la suppuration, surtout dans l'ovaire. L'indication est urgente de donner issue au pus du côté droit.

En tenant compte de ce fait que, malgré sa hauteur sur le bord droit de l'utérus, la collection peut être amenée dans le cul-de-sac vaginal au contact facile du doigt par la pression modérée exercée sur l'abdo-

men; en prenant en considération l'état général grave de cette jeune femme qui est absolument sans résistance, l'infection très probable de la collection qui, à plusieurs reprises, a communiqué avec l'intestin, et le danger de l'irruption de ce pus infecté dans le péritoine au cours d'une laparotomie, je rejette l'idée d'une intervention radicale par la voie abdominale et je propose l'ouverture de la collection purulente par le vagin.

L'opération est faite sous le chloroforme le 29 avril. Après m'être bien assuré de la fluctuation perçue par le doigt vaginal, et en évitant l'artère vaginale qui bat sous ce doigt, j'enfonce dans le cul-de-sac latéral droit, sur un point tendu de la collection, le plus gros trocart de l'appareil Potain.

Immédiatement, il s'écoule un pus jaune, très abondant, d'une odeur terriblement infecte, assez désagréable pour tous nous incommoder. Même manœuvre que dans les cas précédents, incision au bistouri de 2 centimètres et demi environ sur le trocart servant de conducteur : grand lavage au sublimé, pose d'un gros drain, etc. La quantité de pus peut être évaluée de 300 à 400 grammes.

Les suites de cette intervention furent extraordinaires; déjà, le 4 mai, la transformation était complète; le pansement est renouvelé tous les quatre jours, et se compose d'un lavage par le drain et l'application d'un tamponnement iodoformé. Le tube est retiré le 15 mai, et la malade commence à sortir dans les premiers jours de juin. Je la revois le 11 juin; l'état général est très bon et tout à fait transformé. Il n'y a aucune sensibilité ni spontanée ni provoquée dans l'abdomen.

Il se fait encore par le vagin un écoulement purulent qui semble bien venir de la cavité de l'abcès, car il s'agit de vrai pus. Il ne m'est pas possible dans cet examen de voir l'orifice fistuleux, et on ne peut savoir encore quel sera son avenir, étant donnée la date peu éloignée de l'opération (six semaines). La malade part pour la campagne.

Obs. VI. — La sixième observation a trait à une jeune dame de vingt-six ans venue d'Alexandrie, et souffrant depuis sept ans, très peu de temps après son mariage, de poussées douloureuses récidivantes du côté de l'abdomen, avec production à plusieurs reprises d'une tuméfaction dans le flanc droit. Cette tuméfaction ne pouvait toujours être trouvée et semblait disparaître sans qu'il y eût jamais issue de pus appréciable par aucune voie.

Depuis le mois de septembre 1889, tous les phénomènes avaient été en s'aggravant; la malade dut garder le repos complet jusqu'au mois de mars 1890 et, profitant d'une période d'amélioration, elle vint en France dans les premiers jours de mai. Le lendemain de son arrivée à Paris, elle est prise de fièvre et de violentes douleurs abdominales (5 mai). Depuis ce moment jusqu'au jour où je la vois avec le Dr Netter, les accidents ont toujours augmenté (10 mai); la fièvre est constante entre 39 et 40°; il y a une douleur violente dans la région de la fosse iliaque droite, et il se fait par le vagin un écoulement sanguinolent, survenu en même temps que les accidents douloureux et fébriles, en dehors de l'époque ordinaire des règles.

Dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale droite, il existe une tuméfaction régulière appliquée derrière la paroi, remontant à un travers de main au-dessus de l'arcade, dépassant la ligne médiane à gauche, très facilement fluctuante, douloureuse à la pression. Au toucher, l'utérus est dévié à gauche; le cul-de-sac latéral droit et postérieur, sans être déprimé, n'a pas autant de profondeur qu'à gauche; par la palpation et le toucher, on sent très nettement la fluctuation. En déplaçant la main extérieure, la fluctuation se fait également sentir, et avec la même netteté, sur le doigt vaginal, quel que soit le point pressé.

Il paraît donc évident que la collection est unique et non cloisonnée.

Le côté gauche a toujours été et est encore indolent.

Je pense qu'il s'agit d'une ovarite suppurée et que la tumeur est formée par un gros ovaire suppuré.

La collection me paraît unique et sa paroi mince, je crois qu'il suffira de l'ouvrir par le cul-de-sac vaginal. Cette intervention me paraît moins grave que la laparotomie chez cette malade, très affaiblie, en proie à une fièvre élevée, exposée au danger de l'effusion d'un pus septique dans le péritoine, pendant les manœuvres de l'ablation de la poche.

Opération (15 mai). — Le manuel opératoire est le même que dans le cas précédent. La ponction suivie d'incision donne issue à un demi-litre au moins d'un pus séreux assez mal lié; elle est suivie de la pose d'un gros drain et de grands lavages au sublimé. Une légère hémorrhagie au niveau de l'incision vaginale est arrêtée par une longue pince à demeure.

Le soir même, la température, qui était la veille de 39°,5, tombe à 37°,5; l'état est très satisfaisant.

L'écoulement purulent consécutif fut insignifiant dans les jours qui suivirent. Le drain est retiré le 25 mai; la collection semble avoir été complètement tarie à son évacuation. A partir de ce moment, il n'a plus existé ni aucune tuméfaction ni aucune douleur dans la fosse iliaque droite.

La malade quitte Paris vers le milieu de juin complètement guérie.

Tels sont les faits que j'ai observés et traités. Il importe maintenant de fixer dans quelles conditions cette intervention doit être appliquée aux collections purulentes tubaires et ovariennes et quelles ont été les raisons qui m'ont fait préférer la voie vaginale à la laparotomie.

Je m'empresse de dire que cette conduite est plutôt une conduite de nécessité que de choix, et qu'il faut un ensemble particulier de conditions générales et locales pour la motiver. Les conditions locales sont les plus importantes.

Il est indispensable que la collection purulente puisse être nettement appréciée par le palper et le toucher combinés et puisse être amenée au contact du doigt vaginal. En outre, une exploration

minutieuse dans la recherche de la fluctuation doit faire constater que celle-ci est facilement perçue, quel que soit le point déprimé. Par conséquent, on doit obtenir la notion que la collection est bien faite, qu'elle est unique et qu'elle n'est pas cloisonnée. Le même examen doit faire constater que la poche est régulière, qu'elle est uniformément ramollie, qu'elle ne se compose pas de parties alternativement dures et molles, comme dans la plupart des salpingo-ovarites. Toutes ces conditions font présumer que la collection peut être évacuée en totalité par une simple incision.

Il est également indispensable de reconnaître que la collection est *unilatérale*, ou que les lésions des annexes du côté opposé ne sont que très peu avancées. Dans les conditions inverses, il serait mauvais de n'ouvrir qu'un abcès, en laissant à côté une trompe ou un ovaire malade et en voie de suppuration. Dans le diagnostic de la lésion du côté opposé à l'abcès, il y a lieu de ne pas prendre pour les annexes augmentées de volume et malades le corps utérin. Celui-ci est souvent dévié latéralement par l'abcès auquel il est accolé ; il est douloureux à la pression, souvent augmenté de volume, et il ne doit pas être confondu avec un paquet d'annexes. Dans un cas, les annexes droites étaient malades au moment où j'incisais une collection purulente à gauche, et ce fut le côté droit qui resta le plus longtemps malade et douloureux. Je n'eus pas cependant à regretter de n'avoir pas fait une laparotomie qui eût permis leur ablation, car, après quelques mois, l'amélioration de ce côté était assez grande pour que la malade pût reprendre sa vie ordinaire.

Il est nécessaire de noter une circonstance importante, à mon avis, exerçant une influence notable sur la décision opératoire. Dans tous les cas que j'ai opérés, il s'agissait d'anciennes salpingites ou ovarites plus ou moins latentes, ayant subi une *poussée aiguë* dans des conditions diverses. Dans ces cas, la tumeur augmente rapidement de volume, les phénomènes généraux deviennent graves, et on se trouve en présence de malades fébriles, plus ou moins épuisées.

On peut, en outre, supposer que le pus acquiert dans ces conditions des propriétés septiques qui rendent fort dangereuse son effusion dans le péritoine, au cours d'une laparotomie. Dans plusieurs observations, et en particulier dans celle où la collection s'était ouverte dans l'intestin, il est noté que le pus était horriblement fétide. Je ne mets pas en doute que son contact avec la cavité péritonéale n'eût été des plus dangereux, et tous les chirurgiens qui ont fait de ces opérations savent combien il est difficile d'énucléer les poches volumineuses sans qu'à un moment donné la rupture d'un point de la paroi ne permette l'irruption du

pus dans le péritoine. Les lavages à grande eau et le drainage ne mettent pas toujours à l'abri des accidents consécutifs.

Les indications de cette intervention vaginale peuvent donc se résumer en quelques mots : tumeur accessible par le vagin ; poche unique, peu épaisse, uniformément ramollie et fluctuante ; lésion unilatérale ; le tout chez des sujets fébricitants, épuisés, où la laparotomie semble offrir peu de chances de succès.

L'opération vaginale restera toujours exceptionnelle et ne sera qu'une opération de *nécessité*, comparée à la fréquence de l'ablation des lésions par la voie abdominale, méthode de choix.

Le manuel opératoire a déjà été exposé dans plusieurs de mes observations. L'anesthésie est nécessaire soit pour procurer un large accès par le vagin, soit pour obtenir le relâchement de la paroi abdominale et faciliter une légère pression qui rapproche la collection de la voûte du vagin. En un point rénitent et mieux fluctuant, en dehors de l'artère vaginale qui bat souvent avec force sur le doigt, le col utérin étant fixé et abaissé, on enfonce un trocart qui sert de conducteur et indique nettement la pénétration dans la collection. Sur le trocart, le bistouri incise le vagin et la collection dans une étendue d'un centimètre et demi environ à droite et à gauche.

La ponction et l'incision doivent être faites de préférence à la limite du cul-de-sac latéral et postérieur ; elles ne risquent en ce point de ne blesser ni la vessie ni le rectum.

Dans le seul cas où je me suis servi du thermocautère, il s'est produit une hémorrhagie secondaire inquiétante au huitième jour ; je n'ai plus employé cet instrument, et je n'ai jamais observé avec le bistouri d'écoulement sanguin immédiat préoccupant.

La poche est de suite largement irriguée avec la grande canule en verre qui permet de porter jusque dans toute la cavité et à une grande hauteur un liquide antiseptique, une solution faible de sublimé de préférence. Le lavage n'est terminé que lorsque ce liquide ressort tout à fait propre. Un gros tube en caoutchouc, aussi volumineux que possible, est introduit dans la poche et déborde d'environ 3 centimètres dans le vagin. Il permettra de faire plus tard des irrigations détersives.

Le pansement se compose d'un tamponnement à la gaze iodoformée qui est renouvelé tous les trois à quatre jours, suivant la quantité de la suppuration.

Le tube peut être retiré du douzième au vingtième jour.

Discussion.

M. Polaillon. M. Laroyenne de Lyon a proposé récemment de traiter par l'incision vaginale toutes les collections purulentes

salpingo-ovariques. Il a même inventé un instrument assez semblable aux ciseaux de Smellie qui, introduit dans la collection et retiré ouvert, agrandit l'incision par laquelle il a pénétré.

J'ai une fois imité cette pratique et vidé la collection ; mais l'incision ne s'est pas cicatrisée, et j'ai perdu de vue ma malade portant toujours une fistule purulente vaginale.

Je suis donc d'avis, comme M. Bouilly, de réserver ce procédé aux collections dont les parois peu résistantes peuvent s'affaisser facilement et non à celles pourvues d'une coque épaisse. Je dois ajouter que l'instrument de M. Laroyenne est commode et d'un maniement facile.

M. Routier. J'ai fait, il y a quelque temps, l'ouverture d'un abcès de la trompe par le cul-de-sac du vagin. J'avais été amené à cette pratique pour deux motifs. Tout d'abord j'avais eu l'occasion d'ouvrir par cette voie quelques hématocèles suppurées qui avaient rapidement guéri. D'un autre côté, la malade que j'opérai avait une tumeur fluctuante, volumineuse, remplissant la moitié gauche du petit bassin qu'elle débordait en haut, tandis que le doigt vaginal percevait nettement la sensation de fluctuation produite par le palper bi-manuel. Le développement de la collection s'était accompagné d'un état fébrile considérable, et la malade présentait une température de 40° lorsque je dus l'opérer. Une laparotomie pratiquée dans ces conditions eût été d'une gravité extrême.

Je pus inciser le vagin, couche par couche, et arriver sur la paroi même de la collection que je pus abaisser quelque peu au moyen d'une pince. Je vidai la poche, la lavai soigneusement et la drainai. L'opération date aujourd'hui de six mois et la guérison est définitive.

M. Reclus. J'ai vidé, comme M. Polaillon, l'année dernière, un foyer salpingo-ovarique à parois épaisses au moyen de l'incision vaginale. La malade fut améliorée, mais il persista une fistule et une tumeur formées par la poche. Je tentai de débarrasser complètement la malade et fis la laparatomie avec mon collègue M. Segond. Le décollement de la poche fut pénible; une hémorrhagie assez considérable survint, et nous dûmes faire un tamponnement sérieux à la gaze iodoformée pour nous en rendre maîtres.

La malade succomba au choc opératoire et peut-être aussi un peu à l'empoisonnement iodoformique.

Je fais les mêmes restrictions que M. Bouilly relativement à ce mode de traitement et conclus comme lui que l'on ne doit lui soumettre que des cas où la poche peut facilement revenir sur ellemême.

M. Monod. J'ai pu suivre fort longtemps une malade à laquelle j'avais ouvert une collection purulente salpingo-ovarienne par le vagin. Il en était résulté une fistule qui donna écoulement à du pus pendant de longs mois, mais qui se cicatrisa complètement cependant au bout de trois ans. Il existe donc des cas, en effet, où l'incision se ferme rapidement; d'autres où elle reste fistuleuse plus ou moins longtemps.

M. Bouilly. M. Laroyenne a certainement trop généralisé sa méthode, et dans une thèse écrite sous son inspiration et donnant ses résultats on constate la formation et la persistance d'une fistule dans un trop grand nombre de cas.

Il existe des collections qui sont justiciables d'une intervention toute différente, je veux dire de la laparotomie et non de la simple incision vaginale.

Présentations de pièce.

M. Routier. J'ai l'honneur de présenter à la Société une dent canine un peu déformée que j'ai enlevée dans un kyste dentaire chez un homme de 34 ans.

Il n'y avait qu'un an qu'était apparue une grosseur au-dessus de la gencive sur la face externe du maxillaire supérieur droit, au niveau de la fosse canine; cette grosseur devint ensuite douloureuse et fluctuante et fut ouverte, il y a de cela plus d'un mois.

Il s'écoula du liquide sur la nature duquel le malade ne nous éclaire qu'imparfaitement, mais l'ouverture resta fistuleuse, et c'est ce qui amena ce malade à l'hôpital.

Je fus frappé de ce fait que les deux canines supérieures manquaient chez ce malade, et je pensai à un kyste dentaire avec dent incluse.

J'ai pu extraire la dent que voici, mais il a fallu pour cela user de la gouge et du maillet; le sinus maxillaire n'a pas été ouvert; la petite cavité limitée par du tissu osseux compact est à peu près refermée.

Du côté gauche où la canine manque aussi, il n'y a pas trace de tuméfaction.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 9 juillet 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Étude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature*, par le Dr Eug. Goetz (*Thèse de Genève.* Genève, 1890).

3° *Hydrocèle chyleuse sans filaire chez un enfant de* 6 *semaines*, par le Dr Chalot (de Montpellier) (M. Reclus, rapporteur) ;

4° *Observation de trépanation primitive, suivie de succès, dans un cas de fracture du crâne avec enfoncement*, etc., etc., par M. le Dr Claudot, médecin principal ;

5° (*a*) *Rein calculeux et suppuré. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison ;* — (*b*) *Cure chirurgicale du prolapsus du rectum*, par le Dr Fontan (de Toulon) (M. Terrier, rapporteur) ;

6° Lettre de M. Anger, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

Traitement des tumeurs purulentes du bassin.

M. Terrillon. Lorsque je commençai à opérer les salpingo-ovarites suppurées, je fis tout mon possible pour leur appliquer la méthode d'intervention la moins dangereuse, l'incision vaginale. Avec ce procédé, j'ai eu peu de succès, et des accidents quelquefois : dans deux cas, une hémorrhagie se déclara pendant l'opération ; quatre ou cinq fois, il a persisté une fistule vaginale.

J'ai dû renoncer à cette pratique, et, en 1887, je vous ai communiqué l'observation d'une malade que j'avais traitée par la la-

parotomie, suivie de la suture de la poche à la peau et du drainage de la cavité. Le résultat fut excellent : une fistule, qui dura quelque temps, finit par se fermer spontanément, et l'opérée va aujourd'hui tout à fait bien. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans les mêmes conditions et avec un égal succès pour des abcès semblables.

Toutefois, cette pratique ne peut suffire à tous les cas : lorsque les collections sont situées très profondément et recouvertes d'anses intestinales adhérentes, on ne peut amener au contact de l'incision abdominale les parois de la poche; on fait alors le drainage avec la gaze iodoformée.

Depuis 1888, je ne me contente plus de drainer ces poches tubaires ou ovariennes; je les enlève, même lorsqu'elles sont très profondes et qu'elles proéminent vers le vagin. J'en ai opéré de la sorte dix-huit ou dix-neuf, et j'ai été frappé de la facilité relative avec laquelle on peut, malgré leur situation profonde, les énucléer et les extirper. Il y a trois semaines encore, j'ai opéré une jeune femme pour un abcès de l'ovaire droit; la tumeur était à proximité du vagin, et j'aurais pu l'inciser de ce côté. J'ai préféré cependant la laparotomie, qui m'a permis de tout enlever. L'ovaire était plus gros que le poing; il contenait, autour d'une cavité principale et centrale, toute une série de petites poches secondaires, que l'incision vaginale n'aurait pu atteindre. Un élève de M. Laroyenne, qui assistait à l'opération, fut, comme moi, frappé de ce fait, et n'eût pas de peine à reconnaître, pour un cas de ce genre, l'utilité de la laparotomie.

La laparotomie est donc la meilleure méthode; elle permet d'enlever la poche et les annexes malades. On objectera, sans doute, le danger de la péritonite et des autres complications; j'ai eu, en effet, au début, deux morts par péritonite pour des cas où les adhérences étaient étendues; la poche s'était rompue pendant l'opération. Mais, depuis que je nettoie avec grand soin la cavité pelvienne, après avoir fait relever les anses intestinales par la main d'un aide, je n'ai pas eu d'accidents.

Je ne discute point une troisième méthode, celle préconisée récemment par M. Péan, qui consiste à faire par la voie vaginale l'extirpation des annexes malades. Je lui ferai une simple objection : dans tous les cas que j'ai observés, il y avait avec l'intestin des adhérences très étendues de la poche tubo-ovarienne; dans neuf cas, j'ai eu les plus grandes difficultés à les séparer. Cette libération des adhérences me paraît bien difficile si on opère par le vagin.

Je reste donc partisan de la laparotomie, avec ablation des par-

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 43.5.90. *Le Gérant* : G. MASSON.

ties malades, toutes les fois que cela est possible; avec drainage de la cavité, toutes les fois que l'étendue des adhérences ou la multiplicité des lésions rend impossible l'opération radicale.

M. Terrier. Étant admis que les tumeurs purulentes du bassin s'ouvrent spontanément par la vessie, le vagin, le rectum, et que ces ouvertures spontanées laissent après elles des fistules dont la guérison se fait longtemps attendre, ou restent même incurables, la communication de M. Bouilly me surprend un peu.

Il y a bien longtemps que Chassaignac pratiquait l'opération que propose notre collègue. Il ponctionnait par le vagin les collections purulentes accessibles de ce côté, puis remplaçait le trocart par un drain qui servait à l'écoulement des liquides et à l'injection des solutions désinfectantes. J'ai vu des accidents sérieux produits par cette manière d'agir, et j'ai constaté la persistance de nombreuses fistules. Ces faits, d'ordre différent, il est vrai, m'ont toujours éloigné de l'incision ou de la ponction par le vagin, puisque l'on n'obtient trop souvent par cette voie que des guérisons incomplètes.

Je partage les opinions exprimées par M. Terrillon concernant le traitement des collections purulentes du bassin, bien que, suivant mon avis, il se préoccupe trop exclusivement des collections enkystées.

Dans nombre de cas, les conditions de ces suppurations sont fort complexes. J'ai observé, il y a une dizaine de jours, une malade qui avait une fistule intestino-vésicale; la laparotomie me montra que c'était une ovarite suppurée qui avait déterminé cette rare lésion. Les laparotomies que j'ai pratiquées pour ces suppurations m'ont donné une mortalité supérieure en tout cas à celle de M. Terrillon. Souvent aussi elles ont été suivies de fistules qui ne se sont fermées que lentement. C'est ainsi que j'ai opéré par l'incision abdominale une jeune dame qui portait un abcès pelvien, ouvert tout d'abord dans le vagin et plus tard dans le rectum. Nonobstant cette double ouverture, la malade présentait de graves accidents d'hecticité.

Je trouvai le petit bassin littéralement rempli d'anses intestinales agglutinées que je dus décoller en usant des plus grandes précautions, pour tomber sur une collection de pus horriblement fétide, siégeant au fond du cul-de-sac de Douglas.

Je nettoyai ce foyer, l'aseptisai et le drainai. La jeune femme guérit, mais en conservant une double fistule abdominale et rectale; un an après l'opération, une sonde introduite par la fistule de la paroi abdominale ressortait encore par le rectum.

Cette malade est devenue enceinte depuis lors; la compression

exercée par l'utérus gravide a complété sa guérison en amenant l'oblitération des fistules.

Dans d'autres cas, j'ai trouvé les ovaires malades et ai pu les extirper; mais, nonobstant, le résultat n'a pas toujours répondu à mon attente. Tout récemment encore, j'ai enlevé les deux trompes et les deux ovaires suppurés d'une malade, et il est resté une fistule de la paroi abdominale.

Dans un autre cas, il y avait des adhérences telles entre une ovarite suppurée et une anse intestinale, que j'ai dû établir un anus artificiel.

Ces exemples suffisent à prouver combien la ponction est une méthode aveugle et infidèle. Je dois avouer pourtant qu'il n'existe aucun signe certain qui permette de reconnaître avec certitude la nature ou l'origine d'une collection purulente du bassin, et d'attribuer cette dernière, soit à une ovarite, soit à une salpingite suppurée, soit à une péritonite pelvienne purulente. La laparotomie seule permet un diagnostic exact. Aussi est-ce de cette façon qu'il faut intervenir, et toujours aussi vite que possible. Tout au plus serait-on autorisé à inciser, pour en amener l'évacuation rapide, un foyer qui bomberait dans le vagin; mais il faudrait bientôt compléter cette opération préliminaire par l'extirpation de la poche ovarienne, s'il s'agit d'une ovarite suppurée.

J'ai vu récemment en ville une malade atteinte de salpingite puerpérale suppurée. Je conseillai la laparotomie, qui ne fut pas acceptée. J'ai appris depuis que M. Péan, appelé après moi, avait pratiqué chez cette femme l'extirpation de l'utérus et des annexes malades par le vagin. C'est la première fois qu'il soit venu à ma connaissance que pareille opération ait pu être proposée et exécutée. La malade a du reste guéri à la suite de cette singulière intervention : et pourtant, quelque étrange que soit cette manière de procéder, je lui donnerais encore la préférence sur la simple ponction par le vagin.

M. Després. La communication de notre collègue Bouilly semble marquer un temps d'arrêt dans l'exécution d'opérations de laparotomie pour les salpingites quelconques. Je m'en réjouis, car j'ai toujours condamné ces opérations, et je viens apporter des documents à l'appui d'un mode de traitement de la salpingite moins dangereux dans ses conséquences.

J'ai recommandé jadis les incisions vaginales pour les suppurations du petit bassin (*Chirurgie journalière,* p. 63) ; mais j'avais, à l'exemple de nos devanciers, recommandé de ne faire l'incision que quand la tumeur faisait saillie en arrière de l'utérus. C'est ce qu'a fait sagement M. Bouilly.

Aujourd'hui, j'apporte une observation pour montrer qu'il y a avantage à faire la ponction avec aspiration, et je pense que cette opération, pratiquée toutes les fois qu'il y a une collection bien évidente, doit être la méthode de choix.

Observation. — La nommée Dénéaut (Maria), âgée de 33 ans, couturière, est entrée le 16 mai à la Charité, dans le service de M. Després, pour une douleur très vive siégeant dans la fosse iliaque droite.

Cette malade, réglée à 15 ans, raconte qu'elle a eu une fausse couche il y a douze ans et une métrite il y a huit ans. Depuis elle s'était toujours bien portée.

Outre la douleur pour laquelle elle est entrée à l'hôpital, douleur qui a débuté il y a environ huit jours, la malade se plaint de pertes blanches très abondantes.

En interrogeant avec soin la malade, nous apprenons que sa douleur irradie dans le flanc droit, les reins et les cuisses.

La palpation permet de constater la présence d'une tumeur plus ou moins bien circonscrite dans la fosse iliaque droite.

Le toucher et l'examen au spéculum font reconnaître que cette tumeur est appréciable dans le cul-de-sac vaginal droit, qu'elle est bien isolée de l'utérus et a une forme sphérique. On transmet déjà la fluctuation du doigt qui presse dans la fosse iliaque au doigt placé dans le cul-de-sac droit du vagin. La muqueuse vaginale est saine et glisse facilement sur la tumeur.

La malade garde un repos absolu et on applique des cataplasmes sur la région douloureuse.

Le 25 mai, la malade se plaignant de douleurs plus intenses, M. Després fait appliquer un vésicatoire, ce qui produit un soulagement pendant quelques jours.

Le 11 juin, les douleurs ont reparu, la tumeur, de plus en plus volumineuse, atteint le volume d'un gros œuf de poule. M. Després se décide alors à intervenir plus énergiquement. Il fait une ponction avec le trocart moyen de l'appareil aspirateur Potain dans le cul-de-sac vaginal droit et retire 150 grammes de pus phlegmoneux peu épais.

Le soir, par précaution, vésicatoire grand comme une pièce de cinq francs sur la région qu'occupait la tumeur.

Le 12 juin, la malade se plaint de nausées et de douleurs vives dans tout l'abdomen.

On applique un cataplasme laudanisé.

Les jours suivants les douleurs diminuent peu à peu. Le 15 juin, la palpation permet de constater la disparition presque complète de la tumeur. Il ne reste plus qu'un léger empâtement au toucher vaginal.

Le 23 juin, la malade se lève pendant quelques heures.

Le 30 juin, apparition des règles qui persistent pendant quatre jours.

Depuis, la malade se lève tous les jours. Elle ne souffre plus et demande quand elle pourra aller au Vésinet. On ne constate pas de tumeur, ni par le palper abdominal, ni par le toucher rectal.

Quelques détails sur le mode opératoire : c'est sur le doigt introduit dans le vagin jusque sur la tumeur et en déprimant fortement le cul-de-sac que l'on doit guider le trocart. Un aide pendant ce temps presse sur la fosse iliaque de façon à bien tendre la tumeur; la ponction est facile, mais on ne doit faire pénétrer l'instrument que d'un centimètre et demi. L'opération doit être complète et l'on ne doit s'arrêter que quand il vient du sang.

Le mécanisme de la guérison par ponction et aspiration est facile ; les kystes purulents des trompes sont des kystes par rétention; la tumeur dévie, oblitère le canal de la trompe, comme une plicature de l'intestin oblitère l'intestin: la tumeur vidée la trompe redevient perméable et la guérison arrive.

J'ai dit que j'étais opposé aux opérations par l'abdomen; voici deux observations de malades actuellement dans mon service et chez qui l'on constatera le cours naturel de certaines salpingites même graves et qui jamais n'entraînent de mort.

Obs. I. — La nommée Daugeon (Olympe), âgée de 23 ans, ouvrière, est entrée, le 9 juin 1890, dans le service de M. Després, à la Charité, pour des douleurs siégeant dans le petit bassin.

Cette malade raconte que, réglée à 18 ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'au 20 mai 1890.

A ce moment, elle se serait lavée avec de l'eau froide le deuxième jour de ses règles. Celles-ci se seraient arrêtées pendant trois jours, puis la malade aurait beaucoup perdu pendant trois semaines.

Souffrant beaucoup dans le petit bassin et pouvant à peine marcher, elle s'est alors décidée à entrer à l'hôpital.

La palpation permet de constater la présence d'un empâtement dans la fosse iliaque droite, et, par le toucher vaginal, une tumeur en haut du cul-de-sac vaginal gauche, tumeur nettement séparée de l'utérus et ayant le volume d'une petite prune.

M. Després ordonne un repos absolu au lit, des injections chaudes deux fois par jour et un lavement quotidien.

Le 12 juin, la malade ne perd plus et souffre beaucoup moins.

Le 18, les douleurs ont complètement disparu. La malade demande à se lever quelques heures.

Le 19 juin, la malade n'a pas souffert. Elle se lève presque toute la journée.

Le 26 juin, examen : disparition complète de la tumeur.

Le 30 juin, la malade sort complètement guérie.

Ici la salpingite aiguë, prise à temps, a guéri en vingt jours, comme c'est la règle: la salpingite dure plus que l'épididymite de l'homme.

Suit une observation d'ovarite suppurée ouverte dans le rectum, et qui a guéri cependant. J'ajouterai, à ce propos, que je ne con-

çois pas plus l'extirpation de l'ovarite tuberculeuse que celle de l'épididymite de même nature. Rien de plus rare, en effet, qu'une issue fatale déterminée par les affections tuberculeuses de l'appareil génital de la femme, puisque Brouardel n'a jamais constaté un seul décès de leur fait.

Obs. II. — La nommée Guiot (Berthe), âgée do 32 ans, couturière, est entrée, le 2 juin 1890, dans le service de M. Després, à la Charité, pour une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite.

C'est la seconde fois que cette malade entre dans le service, et pour la même maladie.

Le 12 décembre 1889, en effet, elle avait ressenti dans la même région une douleur très intense, et, après avoir gardé le repos chez elle pendant dix jours, elle s'était décidée à entrer à l'hôpital le 22 décembre.

M. Després, après avoir constaté la présence d'une tumeur au niveau de la fosse iliaque droite, avait fait appliquer un vésicatoire et ordonné des injections chaudes.

Le 10 janvier, la tumeur s'était ouverte par le rectum, et il était sorti une grande quantité de pus.

Le 23 janvier, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie.

Le 29 mai, G... (Berthe) venait consulter M. Després pour une tumeur siégeant au niveau du ligament large droit. Cette tumeur avait débuté depuis quatre jours. La malade souffrait beaucoup et pouvait à peine marcher.

M. Després lui ordonne un vésicatoire et des injections chaudes.

Le 2 juin, les douleurs étant de plus en plus vives, la malade demande à entrer à l'hôpital.

Elle garde le repos le plus absolu, et pendant sept jours il ne se produit rien de nouveau.

Le 9 juin, apparition des règles.

Le 10 juin, la malade raconte qu'elle a rendu par l'anus du pus en grande quantité (2 à 3 verres).

Le 11 et le 12 juin, elle rend encore du pus. Ses règles continuent et sont très douloureuses.

Le 13, les règles sont arrêtées, mais la malade rend toujours du pus par l'anus.

Le 26, la malade, allant de mieux en mieux, demande à se lever.

Le 30, nouvelle apparition des règles. La malade se plaint d'avoir eu des coliques très vives dans la nuit.

Le 1er juillet, la malade rend un peu de pus dans ses matières. Les douleurs ont disparu à peu près complètement.

Le 5 juillet, les phénomènes douloureux ont disparu complètement.

Ici c'est une rechute de salpingite suppurée transformée en pelvipéritonite avec abcès à répétition. Cela peut paraître sérieux, mais il y a de ces malades qui ont fini par guérir. Je n'ai jusqu'ici observé aucun cas de mort chez des malades de ce genre.

M. Terrier disait qu'il ne connaissait pas de moyen de diagnostiquer les salpingites d'une pelvipéritonite. Voici comment nous y arrivons : lorsqu'une malade voit débuter son mal par une vaginite, une métrite interne, qu'elle n'a qu'une fièvre modérée et souffre seulement à l'époque de ses règles, et lorsque l'on sent par le toucher une tumeur à distance de l'utérus et située très haut, que l'on ne peut sentir qu'en refoulant le cul-de-sac du vagin, nous disons qu'il y a une salpingite ou salpingo-ovarite. Quand, au contraire, la maladie débute subitement par la fièvre et surtout les vomissements, lorsque l'on sent un empâtement général autour de l'utérus et une tension plus ou moins sensible dans un point où il y aura plus tard un abcès pelvien, nous disons qu'il y a pelvipéritonite primitive ou pelvipéritonite consécutive.

Resterait à parler des malades qui ont des salpingites hémorrhagiques chroniques, si bien étudiées par un de mes élèves, le Dr Seure, de Reims (*Thèse* de Paris, 1874). J'ai depuis deux ans traité deux cas de ce genre, et quoiqu'il y eût une tumeur appréciable dans la fosse iliaque, tumeur allongée, allant du bord externe du muscle droit au milieu de la fosse iliaque, je me suis bien gardé d'opérer dans un cas chez une femme de 45 ans. Le repos et les vésicatoires volants, après deux rechutes à chaque époque menstruelle, ont guéri la salpingite hémorrhagique droite.

Chez une autre malade âgée de 26 ans qui avait refusé la laparotomie dans un autre hôpital et qui s'était réfugiée dans le mien, j'ai guéri une salpingite double avec exacerbation à chaque époque par le repos absolu au lit pendant cinq mois, les vésicatoires volants et les injections d'eau chaude; après un mois de convalescence, la malade est sortie de l'hôpital n'ayant plus qu'une légère induration à la place de ses anciennes tumeurs, et depuis deux ans elle a repris sa vie de femme mariée.

M. Pozzi. Dans les collections purulentes pelviennes, le sac a une importance de premier ordre. Souvent, en effet, après l'évacuation de son contenu, il se remplit ou s'épaissit. Les malades continuent à souffrir, et l'extirpation finit par s'imposer, si toutefois elle est restée possible. On peut cependant rencontrer des collections non enkystées, mais le diagnostic en est impossible sans laparotomie préalable. Commencer donc le traitement par une incision dans le vagin, c'est risquer d'abandonner une poche qui eût été parfaitement énucléable. Si la laparotomie démontre qu'il n'en peut être ainsi, le tamponnement du péritoine à la gaze iodoformée (Mikulicz) rend alors les plus grands services.

Je ne nie point que dans quelques cas d'une urgence exceptionnelle il ne soit pas indiqué d'ouvrir par le vagin, mais presque

toujours on devra recourir ultérieurement à la laparotomie. Cette dernière doit donc être, à moins d'absolue nécessité, la méthode de choix.

M. Terrier fait une part trop large à l'ovarite suppurée; il ressort, en effet, de mon observation personnelle que c'est la trompe qui suppure le plus souvent; l'ovaire ne suppure que dans un cinquième des cas environ. Le point de départ exact des suppurations pelviennes a été longtemps méconnu; dans les autopsies de malades qui succombaient autrefois à ces accidents, les ovaires et tissus du petit bassin avaient subi de telles altérations qu'il était presque impossible de décider qu'elle avait été la lésion initiale. De là le petit nombre de suppurations des annexes signalé par M. Després dans les anciennes observations.

J'ajouterai que les malades comme celle de M. Després, qui finissent par guérir en conservant leurs annexes, sont tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite absolument imperméables.

M. Le Dentu. L'intervention doit différer dans les cas récents et aigus et dans les cas chroniques. L'incision par le vagin m'a procuré des guérisons rapides dans les premiers; pour les seconds, j'ai dù recourir à la laparotomie. J'ai récemment encore, à Beaujon, pu extirper un abcès de l'ovaire; autrefois, j'ai dû me contenter du drainage.

M. Routier. Je rappelle que dans le cas que j'ai rapporté à la précédente séance, et qui a fini par guérir au moyen de l'incision vaginale, c'est la température excessive de la malade qui m'avait fait rejeter la laparotomie.

M. Terrier. Je ne saisis pas bien les différences que l'on cherche à établir entre les suppurations pelviennes aiguës et chroniques. L'élévation de la température me semble même constituer une excellente indication de la laparotomie dans les cas qui nous occupent.

M. Marchand. Je rappelle pour mémoire que j'ai pratiqué, il y a quatre semaines, la laparotomie chez une jeune femme présentant une suppuration pelvienne d'origine puerpérale, et certainement salpingienne, dans les plus fâcheuses conditions de température. Ce furent précisément même les crochets de suppuration qui m'engagèrent à brusquer une intervention pour laquelle j'attendais un moment plus opportun. Il fut impossible de songer même à extirper le pseudo-kyste qui contenait le pus et dont la partie friable céda à la première tentative d'énucléation. Je dus me con-

tenter de laver et de tamponner suivant le procédé de Mikulicz. Actuellement ma malade est dans un état très satisfaisant, bien qu'il persiste toujours une fistule. J'attends et me réserve de prendre ultérieurement telle détermination que me commanderaient les événements.

M. Bouilly. Je regrette que mes collègues MM. Terrier et Terrillon n'aient pas assisté à la dernière séance et n'aient pas entendu ma communication. Nous y eussions, il est vrai, perdu les considérations intéressantes que viennent d'émettre nos collègues sur la pathogénie, les conditions diverses et le traitement des salpingo-ovarites ; mais ils auraient certainement mieux compris ma pensée. Je suis étonné, je l'avoue, de m'entendre traiter de réactionnaire à propos du traitement des pyo-salpingites par la laparotomie, quand il ne se passe guère de semaine où je ne fasse une de ces opérations. Je puis dire que j'ai pratiqué ce genre d'intervention autant et peut-être plus que qui que ce soit.

J'ai dit, dans la dernière séance, et je répète, qu'il existe, dans un certain nombre de cas de suppuration tubaire et ovarienne, des conditions locales et générales qui favorisent l'évacuation du pus par la voie vaginale et qui contre-indiquent ou rendent périlleuse la laparotomie ; j'ai précisé qu'il s'agissait de cas *de nécessité* et *d'urgence*, et qu'on ne pouvait considérer cette manière de faire comme une méthode de choix. Mes collègues, sans m'avoir entendu, me font dire le contraire !

Du reste, dans six cas où j'ai agi de cette façon, j'ai guéri les malades. Toutes les théories et tous les arguments ne peuvent rien contre les faits.

Je le répète, il est des indications variables suivant les cas, et je ne considère pas d'une bonne chirurgie de traiter toujours la même affection par les mêmes moyens.

M. Terrillon. Je ne voudrais pas laisser discuter la dernière communication de M. Bouilly sans vous dire quelle est mon opinion sur cette question du traitement des abcès de l'ovaire ou de la trompe par la voie vaginale.

Quand j'ai commencé à m'occuper du traitement de ces affections à la Salpêtrière, en 1882, j'essayais toujours d'agir par la voie vaginale pour ouvrir ces abcès. Malheureusement j'ai souvent eu des accidents, des hémorrhagies graves et surtout la persistance indéfinie des fistules qui succédaient à la simple ouverture.

Aussi, à partir de 1887, j'ai abandonné ce traitement par la voie vaginale et j'ai essayé d'ouvrir ces abcès par la laparotomie. J'ai même pratiqué le premier en France cette intervention, de propos délibéré, d'après les indications fournies par Lawson Tait. Ce fait,

avec d'autres plus récents, ont fait le sujet d'un mémoire que j'ai lu ici devant cette Société en 1887, et intitulé : *Ouverture par la laparotomie des abcès profonds du bassin chez la femme.*

Dans les premières années, j'ai ouvert ainsi les abcès qui étaient facilement mis en contact de la paroi abdominale. Puis j'en ai enlevé un grand nombre avec les autres annexes.

Mais je n'osais encore m'attaquer à ceux situés plus profondément et séparés de la paroi abdominale par les anses intestinales agglutinées et adhérentes.

J'ai pu cependant, depuis quelques années, ouvrir ainsi par la laparotomie des abcès de l'ovaire situés derrière l'utérus ou à côté de cet organe et adhérents au vagin, en drainant la poche à travers les annexes intestinales, après l'avoir largement ouverte, au moyen de mèches de gaze iodoformée.

J'ai eu des succès. Ceux-ci ont été signalés dans un mémoire qui a paru dans les *Comptes rendus de la Société de gynécologie* en 1889.

Je suis donc arrivé à cette conclusion que j'ai développée dans une leçon faite à la Salpêtrière et parue dans le *Bulletin médical* (juin 1890), que tous les abcès de la trompe et de l'ovaire, quelle que soit leur situation dans le bassin, peuvent et doivent être traités par la laparotomie. Cette voie présente un avantage réel qui est de permettre d'enlever la poche de l'abcès avec les autres parties malades qui sont voisines, telles que la trompe malade et les poches multiples de l'ovaire. Quand cette ablation est impossible on peut drainer l'abcès plus largement et plus sûrement que par toute autre voie.

Présentation de malades.

1° *Ankylose rectiligne consécutive,*

Par M. Kirmisson.

M. Kirmisson présente un garçon de 12 ans, chez lequel il a pratiqué, il y a onze mois, une résection incomplète du coude droit, pour une ankylose rectiligne, consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

La résection a été faite au moyen d'une incision pratiquée au côté externe du coude et se recourbant en dedans pour croiser perpendiculairement la base de l'olécrâne. La résection temporaire de l'olécrâne a été pratiquée, puis l'extrémité inférieure de l'humérus a été réséquée par la méthode sous-périostée ; l'opération a été terminée par la suture de l'olécrâne au moyen d'un fil d'argent. La marche de la plaie n'a pas été aseptique ; il y a eu de la

suppuration, et le fil d'argent a été éliminé. Néanmoins, le résultat est des plus satisfaisants ; l'extension n'est pas tout à fait complète ; mais la flexion ne laisse rien à désirer ; la pronation et la supination sont intactes ; les mouvements de latéralité sont insensibles. Les tubérosités humérales ont été complètement reproduites ; le malade se sert parfaitement de son membre et possède une grande force.

2° *Pseudarthrose du péroné ; enchevillement avec uno cheville en os de veau fraîchement tué,*

Par M. A. ROUTIER.

Le jeune homme que je vous présente a eu, en février dernier, une fracture bi-malléolaire avec très grand déplacement du pied.

Il a été traité par l'appareil plâtré ; mais dès qu'il a marché, son pied s'est renversé en valgus, et la marche ou la station debout sont devenues vite impossibles.

Ouvrier chez notre fabricant M. Collin, celui-ci voulait essayer d'un chausson orthopédique ; mais devant les difficultés rencontrées, il m'adressa ce malade.

La mortaise tibio-péronière, beaucoup trop large, laissait ballotter l'astragale, qui se subluxait dès que le malade appuyait sur son pied, rendant ainsi impossible la marche ou la station verticale.

Mais par la pression sur la malléole externe, on rendait à la mortaise ses dimensions normales, et alors le jeu de l'astragale reprenait très régulièrement.

Il fallait donc, pour guérir ce malade, maintenir la malléole externe plus près de l'interne.

Il était évident que la partie inférieure du péroné ne s'était pas réunie par un cal osseux ; il y avait une pseudarthrose.

J'ai alors, il y a trente-cinq jours, mis à nu cette pseudarthrose, qui était fibreuse et très oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; le tissu fibreux a été soigneusement enlevé, de façon à aviver les deux fragments et à faciliter leur contact ; puis j'ai perforé obliquement le fragment inférieur, au niveau du collet de la malléole, et une cheville en os de veau aseptique a été enfoncée de force, clouant le fragment inférieur du péroné au tibia, assurant ainsi une bonne situation à la malléole en même temps que le contact entre les deux extrémités fracturées du péroné.

Le malade est parfaitement guéri et marche sans douleur.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 16 juillet 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine,

2° *Résumé des travaux de la clinique chirurgicale à Brest* (semestre d'hiver 1889), par M. Auffret, membre correspondant national ;

3° *Note sur un cas de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, le raclage et la cautérisation*, par M. J. Reverdin, membre correspondant étranger (extrait). Paris, 1889 ;

3° *Recueil de faits* (4e et 5e années), par J. Reverdin et A. Mayor. Genève, 1890 ;

5° *Les tuberculoses du pied; résultats éloignés de leur traitement*, par M. Audry (*Thèse de Lyon*, 1890 ; prix Oural) ;

6° Lettres de MM. Le Dentu et Terrillon, demandant un congé jusqu'à la fin de juillet, et de MM. Schwartz et Horteloup, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Hache, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport

sur diverses observations adressées à la Société de chirurgie, par M. le Dr Bois (d'Aurillac).

Rapport par M. E. Kirmisson.

(Suite d'une observation relative à un cas d'adhérences vicieuses des doigts de la main droite.)

Messieurs, dans la séance du 21 mai dernier, je vous ai rendu compte d'une observation de M. le Dr Bois (d'Aurillac), relative à

un cas d'adhérences vicieuses des doigts de la main droite. Ce chirurgien avait pratiqué deux opérations successives ayant pour but de libérer le pouce, l'index et le médius. L'annulaire restait toujours fléchi dans la paume de la main, et son redressement devait faire l'objet d'une troisième opération. La difficulté que comportent toujours ces opérations autoplastiques m'avait fait exprimer le désir de voir l'auteur nous communiquer la fin de cette intéressante observation. C'est ce desideratum que M. Bois vient combler aujourd'hui.

Il a revu, nous dit-il, la petite opérée au mois de mars de cette année. Son état était le suivant : le pouce avait assez de liberté de mouvements pour qu'aucune de ses fonctions ne fût gênée ; il en était de même de l'index. Le médius pouvait s'ouvrir spontanément au delà de l'angle droit, et, dans ces conditions, l'enfant s'en servait déjà très bien. L'annulaire restait toujours fléchi à angle très aigu sur la paume de la main, à laquelle il adhérait par la totalité de la face antérieure de la deuxième phalange.

C'est dans ces conditions qu'a été entreprise la troisième opération, le 28 mars 1890.

L'annulaire a été complètement redressé en appliquant la même méthode que dans les opérations précédentes. La bride palmaire a été détachée sous forme d'un lambeau triangulaire dont la base était adhérente à la troisième phalange ; puis la deuxième phalange a été libérée de ses adhérences vicieuses, et le doigt a pu être complètement étendu. Dès lors, les trois doigts : index, médius et annulaire, ont pu être fixés dans l'extension complète au moyen d'une attelle postérieure. Se souvenant que, dans ses opérations précédentes, les sutures avaient coupé les tissus et déterminé le sphacèle de la pointe du lambeau, M. Bois n'a pas pratiqué cette fois de sutures ; il s'est contenté de maintenir avec des bandelettes de gaze iodoformée le lambeau en forme de V résultant de ses dissections.

Le 6 mai, la cicatrisation était presque complète, et le 16 mai, l'enfant quitte l'hôpital, entièrement guérie, avec tous les doigts libérés et suffisamment redressés. « Mais, ajoute M. Bois, par crainte d'une rétraction encore possible, l'extension et la compression circulaire à la base des doigts seront maintenues quelque temps encore. Quoi qu'il advienne, les principales fonctions de la main paraissent définitivement récupérées ; un peu de rétraction cicatricielle ne saurait rétablir les adhérences détruites. Le petit doigt, quoique un peu crochu, ne sera pas opéré, ses fonctions étant conservées. »

A l'observation précédente, M. Bois joint des notes relatives à deux observations qu'il a eu l'occasion de pratiquer. Il s'agit d'un

ptérygion charnu opéré avec le galvano-cautère, et d'une hernie inguinale étranglée au niveau de l'anneau interne chez un jeune homme. La kélotomie a été suivie de la cure radicale de la hernie; les deux opérations ont été couronnées d'un plein succès.

Enfin M. Bois nous donne quelques détails sur une fracture de cuisse difficilement réductible, dans laquelle il a eu recours avec succès à la position demi-fléchie du membre, maintenue au moyen d'un appareil plâtré. Il s'agit d'un homme de 55 ans, atteint d'une fracture de cuisse à la partie moyenne. Ce malade fut traité tout d'abord par l'extension continue dans la position horizontale ; bien que la traction fût portée à 6 kilogrammes, la réduction ne fut pas obtenue. Au bout de trois semaines, il n'existait aucun commencement de consolidation, et le fragment supérieur faisait toujours une saillie considérable en avant. Constatant que la position du membre en demi-flexion sur un double plan incliné était la seule dans laquelle on obtenait une réduction durable, M. Bois chercha un appareil qui fût propre à maintenir cette réduction. Pour cela, il eut recours à deux attelles plâtrées, l'une antérieure, l'autre postérieure. L'attelle antérieure recouvrait la partie antérieure de la cuisse depuis le pli de l'aine jusqu'au genou. L'attelle postérieure occupait toute la région comprise entre la partie supérieure de la fesse et la partie inférieure du mollet. Grâce à cet appareil, la consolidation parfaite put être obtenue sans incident ; le cal est volumineux, nous dit l'auteur ; mais il n'y a pas de saillie anormale du fragment antérieur ; le raccourcissement mesure 2 centimètres.

Je ne voudrais pas, à propos de cette observation de M. Bois, renouveler le débat sur le traitement des fractures de cuisse ; mais je ne suis nullement étonné du résultat obtenu dans ce cas particulier, car, pour ma part, je donne la préférence à la position demi-fléchie du membre dans le traitement de ces fractures. Un peu effrayé autrefois par la complexité de l'appareil d'Hennequin, j'avais recours, comme beaucoup de nos collègues, à l'extension continue dans la position rectiligne du membre. Mais depuis que M. Hennequin a modifié son appareil et nous a fourni un moyen simple et pratique pour réaliser l'extension continue dans la position demi-fléchie du membre, j'ai adopté complètement cet appareil, et il m'a donné les meilleurs résultats dans les différents services que j'ai successivement dirigés à la Pitié, à Necker et à l'Hôtel-Dieu. Les résultats qu'il m'a fournis sont certainement supérieurs à ceux que me donnait autrefois l'extension dans la position rectiligne. Dans le cas où l'on n'a pas à sa disposition la gouttière de Hennequin, l'appareil plâtré imaginé par M. Bois pourra rendre les plus utiles services, et je suis persuadé que le

résultat définitif eût été meilleur encore si l'auteur y eût joint l'emploi de l'extension continue.

En terminant, je vous propose, messieurs, d'adresser à M. le Dr Bois nos remerciements pour ses intéressantes observations. Je vous rappelle que l'auteur est chirurgien en chef de l'hospice d'Aurillac ; déjà il nous a adressé plusieurs communications intéressantes, notamment une relative à la taille hypogastrique, à l'époque où l'on a commencé à remettre à l'étude cette dernière opération. Je vous demande donc d'inscrire son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, en déposant son travail dans nos archives.

Communication.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie,

Par M. Richelot.

J'ai eu, depuis deux ans surtout, maintes occasions de comparer entre eux les divers modes de traitement des fibromes utérins. Aussi ai-je l'intention de vous présenter quelques faits dont l'analyse peut servir à juger, quant à leur valeur respective, *l'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie.*

Comme cette étude, sans avoir la prétention d'embrasser un si vaste sujet, serait néanmoins un peu longue et risquerait de fatiguer votre attention, je me bornerai à vous en communiquer la première partie, quitte à y revenir bientôt si je puis avoir la parole au commencement de notre prochaine session.

I. — L'électricité est en grande faveur dans la thérapeutique des fibromes. Soutenue par des hommes sérieux, dénigrée par d'autres, compromise par des partisans trop zélés, on peut lui prédire qu'elle restera dans la pratique, mais à une condition : c'est qu'on lui cherche des indications précises et qu'on renonce à l'appliquer systématiquement.

Jusqu'ici, les chirurgiens n'ont été que d'assez mauvais juges dans la question ; il y avait un peu de leur faute, un peu de la faute des électriciens, prompts à se féliciter en bloc, mais sobres d'observations démonstratives. Sur les centaines de femmes qu'ils avaient traitées, il fallait bien qu'un bon nombre fussent des malades non suivies, perdues de vue, et dont la guérison ne pouvait être affirmée ; ces cas tronqués jetaient de la défaveur sur les autres. Çà et là nous rencontrions une femme ayant subi un long traitement sans résultat et finalement désespérée. Aujourd'hui,

nous voyons ces malades en assez grand nombre ; aussi, en examinant avec soin ces épaves du traitement nouveau, avons-nous quelque chance de dégager la cause des insuccès, et par suite de formuler des indications.

Pour ma part, sans vouloir « traîner sur le banc des prévenus » les chirurgiens qui oublient de commencer par l'électricité, j'accepte volontiers de la conseiller d'abord dans les cas où elle a fait ses preuves, pourvu qu'on ne s'acharne pas à poursuivre une chimère et qu'on n'insiste pas aveuglément devant les signes de l'insuccès. On m'accordera, en retour, qu'il est bon de chercher dans quelles conditions l'électricité n'a pas chance de réussir, et qu'il serait utile aux malades de le savoir exactement.

Une première condition, pour avoir de bons résultats, paraît être l'âge voisin de la ménopause. Il est rationnel d'essayer un traitement palliatif, qui calme les douleurs et les hémorrhagies, alors que les congestions menstruelles vont bientôt cesser et la vie active du fibrome s'arrêter d'elle-même. L'action temporaire de l'électricité peut se renouveler par étapes et la malade patienter sans trop de peine jusqu'au jour où la nature lui viendra en aide. Plus jeune, c'est une autre affaire : l'évolution du fibrome déjoue très ordinairement les efforts et épuise la malade sans lui laisser entrevoir un terme naturel à ses retours offensifs. Mais, comme il y a des opérations dangereuses, comme il y a des malades qui ne veulent pas être opérées, comme on peut rencontrer des fibromes obéissants et qui finissent par rester tranquilles, l'électricité, même chez les femmes encore jeunes, peut rendre des services, et il faut lui reconnaître cette qualité d'être le meilleur des traitements palliatifs.

On voit que je fais une part assez large à l'électrothérapie. Voici maintenant de fortes réserves. Examinons deux points : 1° le diagnostic ; 2° le siège des fibromes.

Le diagnostic. — Il ne suffit pas qu'une malade, croyant avoir un fibrome, vienne présenter son ventre. Il y a beaucoup de chances pour qu'elle ait une variété quelconque de salpingo-ovarite. C'est une erreur courante ; à chaque instant on appelle fibrome une tumeur collée à l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas ou latéralement; la moitié des malades qui nous arrivent sous cette rubrique ont une lésion des annexes. Or, voici à quoi s'exposent ceux qui ont l'électricité facile et le diagnostic peu sévère. Si la trompe et l'ovaire ne sont pas suppurés, il n'y a que demi-mal : une atténuation passagère des symptômes peut suivre l'application des courants à certaines lésions des annexes ; on aura aussi des aggravations. Mais si, par malheur, on se trouve en présence

d'une suppuration pelvienne, les accidents peuvent être mortels, et ils l'ont été plus d'une fois. Il ne s'agit plus, je le veux bien, de l'électricité appliquée aux fibromes; mais les malades n'en sont pas moins mortes, et c'est assez pour nous rendre circonspects.

Cette question est des plus délicates, et j'y insiste encore. Il y a des états complexes, des coïncidences de fibromes et de salpingites. Combien de fois, dans la castration entreprise pour enrayer la marche d'un myome, ne trouvons-nous pas les trompes ou les ovaires malades ! Si la castration est utile en créant la ménopause, n'agit-elle pas aussi par la suppression pure et simple d'une maladie douloureuse et grave par elle-même ? Or, l'électricité appliquée au myome ne supprime rien ; il faut donc, avant d'électriser, être bien sûr qu'il n'y a pas une lésion voisine en pleine évolution. J'ai vu des insuccès de l'électricité, avec ou sans aggravation des douleurs, qui m'ont paru tenir à cette cause.

Il y a des fibromes très évidents qui paraissent occuper toute la scène, et derrière lesquels se cachent les altérations les plus avancées des annexes, des poches purulentes qui ont certainement la plus grande part dans les souffrances et dans la gravité du mal, mais si bien incorporées à la masse pelvienne qu'il est presque impossible de les en distinguer. Ici, à défaut d'un examen décisif, l'expérience des faits déjà vus doit inspirer une grande réserve dans la thérapeutique, et, s'il est permis de se tromper d'abord, il est défendu de persévérer dans l'erreur au bout de quelques essais, et d'abuser d'un traitement irrationnel et dangereux, comme on le verra dans l'exemple suivant :

Une femme de 46 ans, pâle, amaigrie et d'une grande faiblesse, me consulte pour une tumeur abdominale. Je lui trouve, du pubis à l'ombilic et vers la fosse iliaque gauche, une masse bosselée, bilobée, très dure et assez douloureuse au palper ; dans la fosse iliaque droite, un empâtement profond, sans limites précises. Au toucher vaginal, l'utérus est enclavé, peu mobile, le col porté à gauche, le cul-de-sac droit occupé par une grosse tumeur arrondie, non circonscrite, un peu moins consistante qu'un fibrome et très sensible; dans le cul-de-sac gauche, un corps dur et plus petit paraît être le corps utérin lui-même. Les mouvements qu'on imprime à l'utérus se transmettent à la tumeur bilobée de l'abdomen. Par le toucher rectal, on sent une masse remplissant l'excavation et plus saillante à droite. La sonde utérine mesure 8 centimètres et se dirige vers le côté gauche, où l'utérus est repoussé. Toutes les manœuvres qu'entraîne cet examen sont des plus douloureuses.

J'admets l'existence de deux corps fibreux sous-péritonéaux. Mais la nature de la masse qui remplit le cul-de-sac latéral droit reste douteuse : sa consistance éloigne l'idée d'un fibrome ; la douleur extrême,

l'état de cachexie et d'épuisement que présente la malade me font hésiter entre une pyo-salpingite et une tumeur maligne.

Les urines sont abondantes, il n'y a ni sucre ni albumine, mais les téguments sont décolorés, jaunâtres, et la malade se plaint amèrement des traitements qu'elle a subis. Assez mal réglée depuis l'âge de 19 ans, courant le monde avec son mari, qui voyageait pour ses affaires, elle n'a jamais eu de grossesse; en 1879, elle a souffert d'un polype saillant entre les lèvres du col, qui lui fut enlevé à Constantinople; en 1881, fièvres paludéennes; enfin, depuis un an, quelqu'un lui ayant dit qu'elle avait une tumeur, elle s'est mise entre les mains d'un médecin qui lui fit subir diverses manœuvres et l'électrisa longtemps. Après deux mois de repos, elle en vit un autre qui la traita aussi par l'électricité, mais accrut notablement ses douleurs. Chaque séance était un supplice; elle criait et demandait grâce; son mari, étonné mais obéissant, posait des questions timides et s'arrêtait devant l'assurance du médecin, qui promettait la guérison et revenait tous les jours. Enfin, lorsque la condescendance du mari fut à bout, la femme anéantie et la bourse du ménage épuisée, on vint à l'hôpital.

Cette femme, qui geignait sans cesse, et qui depuis une année, sous l'influence visible du traitement, avait décliné au point de ne plus sortir de son lit, était pour la chirurgie un bien mauvais cas. Fallait-il l'abandonner pour sauver la statistique? L'opération pouvait réussir, et je l'entrepris le 14 décembre 1889, avec mes internes, MM. Gauthier et Gilis. En voici les points principaux :

Après l'incision de l'abdomen, je trouve et j'attire au dehors les deux corps fibreux diagnostiqués; chacun d'eux a le volume du poing. L'un est inséré sur la corne gauche par un pédicule gros comme le petit doigt; l'autre sur le fond de l'utérus, dans toute son étendue. Tous deux sont recouverts par une très mince couche de tissu musculaire utérin. Je place une pince courbe sur chacun des pédicules, et j'énuclée rapidement les tumeurs de leurs loges musculaires, que je résèque au-dessus des pinces. Cela fait, mon doigt rencontre en arrière de l'utérus une grosse poche fluctuante qui occupe la cavité de Douglas et adhère intimement à ses parois : c'est la masse qui, au toucher, remplissait le cul-de-sac latéral droit. Voyant qu'il s'agit d'une salpingite, et pensant n'avoir rien fait si, après avoir enlevé les fibromes, je laisse la collection tubaire, j'entreprends de l'énucléer en détruisant les adhérences avec le doigt, opération fort laborieuse pendant laquelle la poche se rompt et laisse échapper une grande quantité de pus fétide. A mesure que le pus est versé dans le péritoine, je le recueille avec des éponges; peu à peu, j'arrive à détacher la trompe dilatée, à former au-dessous d'elle un pédicule, et je me mets à faire la toilette du péritoine, à laver avec de l'eau bouillie les anses intestinales, à essuyer le cul-de-sac de Douglas, où se fait un suintement sanguin qui ne laisse pas de m'inquiéter. Je tamponne avec une éponge montée, j'attends, j'essuie encore, je patiente.

Les pédicules des fibromes enlevés sont encore à traiter. Je serre le plus mince avec un fil de soie plate; sur celui qui occupe tout le

fond de l'utérus, je place quatre fils en chaîne, et j'affronte les deux lèvres de la section charnue avec trois ou quatre fils complémentaires passés au moyen de l'aiguille de Reverdin.

Débarrassé des tumeurs fibreuses et de la poche purulente, je n'ai pas encore exploré la trompe et l'ovaire gauches. Ils forment une masse dure, rétractée, peu volumineuse, une corde qui attire l'utérus. J'y perçois nettement une dilatation tubaire du volume d'une grosse noix; je l'ouvre, il en sort de la sérosité, je l'essuie avec une éponge phéniquée, et je renonce à aller plus loin, car les altérations de ce côté me paraissent de moindre importance, l'ablation totale n'est pas nécessaire, et l'opération a duré une heure et demie. Je fais alors une dernière toilette du péritoine, et je me décide à fermer le ventre, après m'être assuré que le tamponnement a supprimé tout écoulement sanguin.

Pendant les heures qui suivent l'opération, la malade a bonne apparence; mais bientôt elle s'affaibit, le pouls s'efface, et la mort survient à quatre heures de l'après-midi.

A l'autopsie, une sérosité sanguinolente occupe tout l'abdomen; des caillots noirs remplissent le petit bassin et les deux fosses illiaques. La malade est morte d'hémorrhagie. — Les pédicules des fibromes et celui de la poche tubaire sont intacts; les sutures tiennent parfaitement. Le péritoine de l'excavation, dans la région de la trompe droite, présente une surface de 6 à 7 centimètres, irrégulière, couverte d'adhérences déchirées et imbibées de sang; c'est de là qu'est venue l'hémorrhagie. Au niveau de la bifurcation de l'artère illiaque primitive existe un petit anévrysme sacciforme, gros comme une noix, dont la paroi est pleine de dépôts athéromateux. Des plaques d'athérome se remarquent dans toute la hauteur de l'aorte; les valvules cardiaques, aortique et mitrale, sont profondément altérées. Du côté gauche, l'ovaire sclérosé adhère à la paroi pelvienne; devant lui se trouvent les débris du kyste séreux de la trompe, que j'ai ouvert à la fin de l'opération. Les reins et le foie paraissent à peu près indemnes; la rate est très volumineuse et pèse 930 grammes (paludisme). On trouve au sommet du poumon quelques tubercules crétacés.

Dans cette lamentable histoire, des causes multiples ont préparé le dénouement. Ce n'est pas à la nature même de l'opération, à sa difficulté, à l'étendue des adhérences qu'il faut attribuer l'hémorrhagie mortelle; car j'ai bien d'autres observations pareilles, dont les malades se sont tirés d'affaire sans paraître un seul jour compromises; c'est à l'état du système artériel. C'est lui qui nous explique, avec une hémostase parfaite au niveau des pédicules, une hémorrhagie en nappe par les adhérences déchirées. Le malheur est d'avoir eu affaire à une artério-sclérose d'ancienne date arrivée à la cachexie. C'est avant le développement de ces lésions profondes, avant la suppuration de la trompe, les longues souffrances et l'épuisement que l'opération devait être faite. Et que dire du médecin qui, au lieu de s'arrêter devant l'aggravation progressive des douleurs et de l'état général, au lieu de chercher la cause de son insuccès et de réformer son diagnostic, s'acharne pendant un an et impose un traitement aveugle?

Voici maintenant un fait où le diagnostic était plus difficile encore, où certainement les électriciens n'auraient pas hésité à faire agir les courants, où certainement aussi l'électricité aurait fait le plus grand mal, et où la chirurgie eut un beau succès qu'elle seule pouvait obtenir.

Le 1er juillet 1889 entre à l'hôpital Tenon une femme de 46 ans, qui porte une grosse tumeur abdominale. Depuis dix ans, les règles sont plus abondantes et s'accompagnent de violentes douleurs. Il y a treize mois, une ménorrhagie assez grave la fit entrer à Bichat, dans le service de M. Terrier, mais elle en sortit sans avoir subi d'opération. Dernièrement encore, elle eut une perte qui dura quinze jours ; elle souffre dans les aines et sur le trajet des nerfs sciatiques. Au palper abdominal, on trouve une tumeur médiane, faisant corps avec l'utérus et montant jusqu'à l'ombilic; elle est lisse, régulière, très peu mobile. Au toucher vaginal, qui est douloureux, le doigt constate la présence d'une masse dure engagée dans l'excavation. Diagnostic : fibrome interstitiel.

Il était impossible d'en dire plus long, impossible de trouver autre chose que cette tumeur unique et ayant toute l'apparence d'un gros utérus développé par la présence d'un myome ; impossible de démontrer une altération des ovaires ou des trompes. Il est vrai que la douleur, au palper, était plus vive au niveau des fosses iliaques; mais, comme la main n'y sentait aucune tuméfaction annexée à la masse utérine, comme le doigt ne trouvait rien autre que cette masse dans les culs-de-sac vaginaux, j'étais bien forcé de m'en tenir au diagnostic simple de fibrome.

Tumeur interstitielle, hémorrhagique, douloureuse chez une femme de 46 ans : lequel de nos spécialistes eût refusé d'électriser cette malade? Néanmoins, je trouvai plus sûr de faire une laparotomie et d'avoir le mal sous les yeux. L'opération fut faite le 9 juillet, avec l'aide de mes internes, MM. Debayle et Gauthier.

Après l'incision de la paroi, doublée d'une épaisse couche de graisse, je tombe sur la masse principale, qui est bien l'utérus grossi par un fibrome interstitiel, et je trouve deux autres tumeurs, grosses comme des pommes, pédiculées sur le fond du globe utérin et inbriquées dans un magma d'adhérences épiploïques. Je romps peu à peu les adhérences, je libère les deux tumeurs et je les enlève après ligature de leurs pédicules au fil de soie. Puis examinant la masse, je la trouve peu mobile, et j'explore à droite pour savoir les causes de cette fixité. Alors, sans violence, sans grand effort, mon doigt traverse une mince paroi et ouvre une poche d'où un flot de pus s'écoule dans le péritoine. Des éponges recueillent ce liquide et essuient l'intestin; de petites éponges montées vont sécher le fond de la poche, qui n'est autre que la trompe dilatée, sinueuse et adhérente. Mon doigt la dissèque peu à peu, l'isole avec prudence et finit par l'enlever à peu près entière; mais il reste au fond quelques lambeaux, que je ne puis aller chercher tant ils adhèrent, et tant la manœuvre est gênée par la présence du

globe utérin. Avant d'aller plus loin, je fais un lavage à l'eau bouillie, et j'enlève à coups d'éponge tous les débris qui pourraient toucher l'intestin et souiller le péritoine.

A gauche, même rupture, même besogne encore plus difficile, déchirures multiples de la trompe que j'énucléé peu à peu; toilette et lavage à l'eau bouillie. Les ovaires, comme les trompes, sont venus en lambeaux; mais les foyers qui restent sont trop irréguliers, trop difficiles à fouiller dans leur profondeur, pour que je sois sûr de leur asepsie; je me décide donc à laisser un drain dans chaque fosse iliaque.

Au moment de procéder à ce dernier temps de l'opération, j'aperçois une large déchirure du côlon descendant, dont la paroi, intimement adhérente à la poche tubaire, a cédé pendant les manœuvres. Il faut s'armer de patience. Le cas est difficile, car le gros intestin adhère profondément et ne se laisse pas attirer; tout au plus vient-il au contact du péritoine pariétal, séparé lui-même de la peau par 4 ou 5 centimètres de graisse.

Alors, je saisis doucement l'intestin, et par des fils de catgut j'unis un côté de sa déchirure au péritoine qui double la lèvre gauche de l'incision abdominale. L'autre côté ne pouvant être attiré jusqu'à la lèvre droite, je le suture au globe utérin. Puis, au-dessus et au-dessous de l'orifice accidentel, je rapproche les deux lèvres du péritoine, en ménageant un passage aux deux drains iliaques et en prenant dans mon surjet la surface utérine. Cette manière d'hystéropexie a pour but d'immobiliser le globe utérin et d'éviter le tiraillement de la suture intestinale. Un second surjet de catgut rapproche les aponévroses et les muscles, un troisième étage de crins de Florence unit la peau et la graisse, un troisième drain est mis à l'angle inférieur de l'incision, derrière le pubis, et un quatrième, le plus gros, dans le bout supérieur du côlon, afin d'éviter toute infiltration de gaz ou de matières avant l'établissement des adhérences.

En fin de compte, j'avais assuré le drainage des foyers dangereux, et formé un anus contre nature au fond d'un entonnoir dont la graisse pariétale et un peu du globe utérin formaient les parois. L'opération avait duré trois heures et fatigué singulièrement l'opérateur et ses aides.

La malade resta cinq jours sans rendre ni matières ni gaz, ce qui permit aux adhérences de s'établir solidement. Elle eut 38°,4 le deuxième jour, et ce fut tout. Le cinquième, les matières intestinales commencèrent à sortir par l'anus artificiel. Un point de la suture abdominale s'étant désuni, l'anus forma un cloaque avec les orifices des drains latéraux. Ceux-ci, promptement raccourcis, donnèrent passage à une suppuration modérée, et furent enlevés le 30 juillet. L'orifice alors bourgeonnait bien et tendait à la cicatrisation : l'état général ne s'était pas démenti.

Un jour, l'exploration du rectum nous fit trouver des matières qui avaient passé dans le bout inférieur et qui furent évacuées par un lavement. Même manœuvre quelques jours plus tard. La malade ayant

commencé à se lever, le cours des matières se rétablit aussitôt, et l'anus anormal devint une fistule insignifiante.

Elle sortit le 15 septembre et vint bientôt me revoir, n'ayant plus qu'un petit orifice qui laissait échapper des gaz. Depuis cette époque, je ne l'ai point perdue de vue : la fistule, qui n'admet qu'un stylet, s'ouvre et se ferme, et l'oblige à un pansement léger qui l'incommode fort peu ; je ne doute pas qu'un jour prochain elle s'oblitère définitivement. La santé générale est excellente, le fibrome est silencieux, les pertes ont disparu, toute douleur a cessé par la suppression des annexes malades. Que serait-elle devenue si, ne voyant que la tumeur, — qui seule était visible, — ignorant la suppuration des trompes et l'imminence de leur rupture, on lui eût fait subir en conscience les intensités hautes ou basses?

Le siège. — Un second point dont il faut tenir compte, c'est le siège de la tumeur, ses rapports avec la paroi utérine. Si on pense que tout fibrome reconnu appelle et légitime l'électricité, on néglige une distinction à faire entre les fibromes interstitiels et ceux qui s'énucléent pour se développer sous le péritoine. Les premiers, incorporés à la masse utérine, participent à la vie de l'organe; ils y excitent la contraction, la douleur, l'afflux sanguin; eux seuls sont hémorrhagiques. Tout ce qui modifie la circulation et la nutrition de la paroi utérine agit en même temps sur eux. Ainsi fait l'électricité, quand elle réussit contre les pertes; ainsi fait aussi l'ablation des ovaires, qui supprime les congestions périodiques et atteint le même but par une voie différente.

Mais que voulez-vous faire avec des courants sur ces corps fibreux énucléés, végétant pour leur propre compte, pourvus d'une circulation peu active et désintéressés des actes physiologiques de la paroi utérine? C'est alors qu'on ne peut espérer aucune réduction de leur volume, aucune atténuation des compressions et des douleurs. C'est alors que nous voyons des malades subir l'électricité patiemment, sans résultat, ou s'en dégoûter au bout de quelques mois.

La première observation relatée plus haut nous montre un cas de ce genre : à part la pyo-salpingite, il y avait deux fibromes pédiculés qui ne provoquaient pas d'hémorrhagie et qui ne pouvaient être influencés par les courants.

J'ai été consulté, en novembre 1889, par une dame de Rochefort qui venait de suivre le traitement électrique pendant deux mois. Elle en était fatiguée et ne trouvait aucun changement dans son état. Elle avait eu quelques pertes, mais surtout des douleurs, et celles-ci duraient toujours. En l'examinant, je ne fus pas étonné de cet insuccès : le ventre était volumineux, pointu ; il n'y avait pas d'ascite appréciable, mais la tumeur, très grosse, très mobile,

mamelonnée, avait toute l'apparence d'une masse composée de plusieurs fibromes sous-péritonéaux. S'il y avait quelque fibrome interstitiel, à coup sûr il tenait peu de place dans l'ensemble. Je conseillai l'hystérectomie abdominale.

J'aurais bien voulu voir l'électricité aux prises avec le cas suivant :

Mme L..., 45 ans, était malade depuis un an ; elle avait grossi, elle souffrait du ventre et surtout des reins; ses règles étaient régulières, mais abondantes. Un jour, elle eut une poussée violente de péritonite, sans cause visible; en la soignant, son médecin reconnut la présence d'un fibrome. Quand je fus appelé, le calme était revenu, et je lui trouvai une tumeur médiane, paraissant grosse comme une tête d'enfant, globuleuse, assez mobile d'un côté à l'autre, montant jusqu'à l'ombilic, et ressemblant tout à fait à l'utérus développé par la présence d'un myome dans sa paroi. Aucune douleur à la pression vers les fosses iliaques; par le toucher, col de l'utérus en arrière, souplesse et indolence des culs-de-sac latéraux, et, dans le cul-de-sac antérieur, une masse qui paraissait en continuité avec la tumeur abdominale. Je n'hésitai pas sur le diagnostic : fibrome interstitiel, aucune lésion des annexes.

L'opération fut faite le 16 avril 1890 avec les docteurs Noël, Arrivot et mon interne, M. Gauthier. Incision moyenne, agrandie ensuite jusqu'à l'ombilic. La surface d'une tumeur fibreuse apparaît. En plongeant la main à gauche pour en explorer les contours, je trouve une autre masse mollement rénitente, que je prends d'abord pour une tumeur dépendant des annexes, mais qui n'est pas adhérente et que j'attire avec peine, de manière à la bien voir : c'est l'utérus lui-même, gros et mou, et ne paraissant rien contenir dans sa paroi. Il était repoussé à gauche par la tumeur fibreuse, si bien que je ne peux l'attirer vers la plaie qu'en refoulant cette tumeur, qui semble indépendante et qui disparaît en haut dans l'abdomen.

Ayant sous les yeux l'utérus, je trouve la trompe et l'ovaire gauches à peu près sains ; je les enlève en liant le pédicule avec la soie plate. Puis j'enlève par le même procédé deux fibromes comme deux grosses noix, pédiculés sur la corne droite. Je ne vois ni la trompe ni l'ovaire droits, comme s'ils avaient été refoulés et aplatis dans le petit bassin, alors que la tumeur fibreuse appuyait de ce côté et rejetait l'utérus à gauche. Je n'insiste pas sur leur recherche, bien que j'aie eu l'idée de prévenir les congestions pelviennes et d'atrophier l'utérus par l'ablation totale des annexes ; mais l'essentiel est évidemment la grosse tumeur, et je me mets en devoir de l'extraire.

Elle est remontée, pendant que je traitais l'utérus, et s'est cachée au milieu des anses intestinales. Je vais l'y chercher, après avoir remis l'utérus en place et dégagé les abords de la plaie. Elle est grosse comme les deux poings réunis, et peu à peu je la sors de l'abdomen, entraînant un paquet d'intestin qui lui adhère et que j'enveloppe de compresses chaudes. Heureusement que ces adhérences, produit évi-

dent de la péritonite récente, ne sont pas très serrées; je les fais céder peu à peu en grattant avec l'ongle, et je libère ainsi une anse intestinale de 15 à 20 centimètres qui longe la partie inférieure du fibrome. Après avoir lié au catgut et sectionné quelques lambeaux d'épiploon qui retiennent encore la tumeur, je l'extrais sans difficulté, car elle n'a pas de pédicule et n'est en continuité ni avec l'utérus ni avec d'autres organes. Sauf les adhérences molles qu'elle avait contractées avec l'intestin et l'épiploon, elle était entièrement libre dans l'abdomen.

En achevant la toilette du péritoine, j'aperçois un peu de sang au milieu des anses intestinales. Je les fais écarter, et je vois une artériole qui saigne, à gauche de l'utérus, sur le bord supérieur du ligament large, déchiré dans une faible étendue, ce qui m'oblige à compléter l'hémostase et à prolonger l'opération. Néanmoins, les suites sont des plus bénignes: la température dépasse 38° une ou deux fois; le premier pansement est fait le huitième jour, les fils enlevés le quinzième, et la malade est très bien guérie au bout d'un mois.

Ce fibrome, libre dans l'abdomen et ne tenant à rien, est une exception rare. Comme il n'a pu se développer tout seul au milieu du péritoine, il faut qu'il soit né dans la paroi utérine pour s'énucléer peu à peu et se détacher tout à fait, jouant le rôle d'un corps étranger, refoulant l'utérus, irritant le péritoine et contractant avec l'intestin des adhérences inflammatoires. Supposez qu'on ait fait passer des courants dans cette masse qui n'avait plus rien de commun avec l'utérus; autant valait électriser une pierre. Or, cette disposition ne pouvait être soupçonnée, mais elle ne fait qu'exagérer celle de tous les fibromes qui font saillie sous le péritoine et tendent à l'indépendance. Elle nous fait toucher du doigt, une fois de plus, l'erreur de ceux qui font de l'empirisme, électrisent tout ce qui se présente, ont l'air de croire que « c'est toujours la même chose », et méconnaissent les distinctions souvent délicates avec lesquelles le clinicien se trouve aux prises.

Je ne vous ai parlé aujourd'hui que de l'électricité; dans une autre séance, j'étudierai de même, au point de vue de leur valeur respective, la castration ovarienne et l'hystérectomie. Ma conclusion, en ce qui concerne le premier de ces trois points, est celle-ci: nous voyons, depuis que l'électricité est en vogue, bon nombre de femmes chez qui elle n'a pas réussi; nous voyons aussi des cas où l'intervention chirurgicale démontre qu'elle n'aurait pu réussir. C'est une raison pour chercher, avec une précision à laquelle tous ne songent pas, dans quelles conditions déterminées elle est un agent salutaire ou un traitement aveugle et nuisible.

Discussion.

M. Bouilly. Je partage l'avis de M. Richelot au sujet du traitement électrique des fibromes. J'ai vu un grand nombre de cas où

cette médication a été employée, au préjudice des malades, parce qu'on n'avait point fait le diagnostic des complications concomitantes. Un grand nombre de fibromes sont, en effet, accompagnés de lésions diverses des annexes, et ce sont ces dernières qui presque toujours donnent lieu aux accidents hémorrhagiques et douloureux. Il va de soi que le traitement opératoire est le seul que l'on doive diriger contre les salpingites, les salpingo-ovarites, les hémato-salpingites, certains kystes ovariques qui accompagnent et compliquent les fibromes utérins.

Dans trois de ces hypertrophies, portant sur la totalité de l'utérus et que l'on a désignées sous le nom de gigantisme utérin, j'ai rencontré des lésions d'ovaro-salpingite et d'ovarite suppurée. L'extirpation de ces dernières a suffi pour déterminer l'atrophie de l'utérus.

Le diagnostic a donc une importance capitale, car le traitement des complications suffit souvent à couper court aux accidents causés par la tumeur, que l'on peut abandonner à elle-même si son extirpation doit entraîner des dangers trop sérieux, ou est reconnue impossible après ouverture de la cavité abdominale.

Il est peu fréquent que le décollement des adhérences péritonéales donne lieu à des hémorrhagies dangereuses comme dans le cas de M. Richelot. La compression avec des compresses stérilisées ou les grands lavages avec l'eau bouillie à 48° m'ont toujours suffi à les maîtriser.

Les adhérences intestinales sont rares heureusement, même dans les pyo-salpingites anciennes. C'est le côlon descendant à gauche, l'appendice vermiculaire ou le cæcum à droite, qui leur sont le plus souvent accolés. J'ai toujours pu les libérer sans grandes difficultés, et n'ai jamais observé la déchirure de ces organes.

Je félicite, en terminant, M. Richelot d'avoir apporté des faits démontrant que, dans bien des cas, le traitement électrique est inutile ou illusoire.

M. Terrier. M. Richelot affirme avec raison que, dans les deux tiers des cas, le diagnostic des complications qui peuvent se manifester dans le cours de l'évolution des fibromes est incomplet. Je dois ajouter, du reste, qu'il est fort difficile, et que nombre de salpingites, de lésions ovariennes sont méconnues. Une grande part des accidents rapportés aux fibromes tiennent à ces complications. Ce matin même, j'ai dû pratiquer la laparotomie pour un fibrome peu volumineux qui causait des pertes abondantes et de grandes douleurs. J'ai trouvé d'un côté les annexes saines, de l'autre, un ovaire kystique.

Dans un cas récent, j'ai trouvé des deux côtés, des kystes ova-

riques végétants, et à leur voisinage des végétations du péritoine et de l'épiploon; le résultat fut parfait. L'application aveugle d'une méthode toujours la même ne peut conduire qu'exceptionnellement à des résultats satisfaisants. Il y a peu de temps, j'ai dû extirper une salpingite double chez une malade qu'on électrisait avec constance et régularité dans une clinique où les malades sont exclusivement soumises à ce genre de traitement, lors même que l'on a constaté chez elles des complications salpingiennes, que l'on prétend, du reste, améliorer ou guérir en même temps que l'affection principale.

En thèse générale, on peut établir que les fibromes, indolents d'abord, ne deviennent douloureux que par le développement de salpingites presque toujours d'origine infectieuse. C'est toujours du côté des annexes qu'il faut diriger les recherches dans ces cas. Le traitement futur des fibromes, déterminant des accidents, devra donc être surtout dirigé contre les annexes.

M. Richelot. Si les fibromes causent des douleurs par eux-mêmes, l'électricité peut amener une amélioration qui ne peut survenir si les annexes sont malades. Le tort des électriciens est de confondre ces deux états différents, de prétendre même que les applications électriques peuvent guérir les salpingites.

Je pense, comme M. Bouilly, que les hémorrhagies s'arrêtent le plus souvent sans atteindre des proportions dangereuses. J'ai fait observer que la gravité exceptionnelle dans mon cas dépendait de l'état athéromateux du système artériel de ma malade.

M. Terrier. J'ai rencontré des adhérences intestinales plus souvent que mes deux collègues. J'ai dû maintes fois pratiquer la suture de l'intestin; tout récemment encore, dans un cas où je dus séparer avec peine une ovarite suppurée d'une anse d'intestin grêle, dans laquelle elle était près de s'ouvrir, j'ai dû, ainsi que je l'ai signalé récemment, établir un anus contre nature.

Communication

Sur une fracture comminutive de la voûte du crâne avec plaie. Menaces de méningite. Trépanation. Guérison.

Par M. Maurice Hache, professeur de chirurgie à la Faculté de Beyrouth.

Hehra Milan, âgé de 30 ans, manœuvre, entre le 3 juin dans mon service. Il a été blessé le matin même aux carrières par une grosse

pierre qui lui est tombée sur la tête et lui a fait perdre connaissance.

Outre deux fractures simples portant sur les sixième et septième côtes droites, j'ai constaté sur la voûte du crâue une grande plaie à lambeau, au fond de laquelle on sent des traits de fracture multiples occupant la partie antérieure et supérieure du pariétal droit. Les fragments circonscrits par ces traits de fracture présentent une légère différence de niveau avec les parties voisines, mais aucun n'est assez déplacé pour pouvoir comprimer le cerveau. Du reste, le malade a toute sa connaissance et ne présente aucun trouble moteur ni sensitif.

La plaie, recouverte de caillots mêlés de terre, est soigneusement lavée avec la solution de biiodure de mercure à 1/10000, le lambeau est ensuite maintenu à sa place par quelques sutures, et un gros drain est placé à sa base. Pansement iodoformé.

Le lendemain 4, le malade dit avoir bien dormi et ne pas souffrir; sa température est de 37° le matin, de 37°,5 le soir. L'appétit est assez bon. Le matin du troisième jour, même état satisfaisant, 37°,4 dans l'aisselle. Le pansement n'est pas défait.

Mais le soir, la température monte à 39°,5 et s'y maintient encore le matin du quatrième jour, où je trouve le malade avec un délire qui a duré toute la nuit. Ni vomissement ni contracture.

Le pansement est défait et me montre le lambeau bien réuni, sans suppuration.

Il est manifeste que nous sommes en présence d'accidents septiques dus à la désinfection forcément insuffisante des traits de fracture. Je me décide à pratiquer la trépanation séance tenante pour désinfecter le foyer de la fracture. Anesthésie chloroformique à cause de l'agitation du malade.

Le lambeau est désuni, et une grande couronne de trépan appliquée près du sommet d'un des fragments. Cette couronne se trouve exactement inscrite dans l'angle formé par les deux traits de fracture, de sorte qu'elle permet d'enlever tout le sommet triangulaire du fragment. Dès que la table externe est traversée, celui-ci devient mobile, et j'enlève facilement avec l'élévatoire un fragment irrégulier qui mesure 4 centimètres de largeur sur 5 de longueur du côté de la table interne, où il est le plus étendu.

Au-dessous de ce fragment, je trouve un petit épanchement sanguin de la valeur d'une cuillerée à café environ; le sang est noirâtre, sans odeur ni mélange de pus. La dure-mère est intacte et d'apparence normale, de sorte que je ne l'incise pas.

Grand lavage au biiodure, insufflation de poudre d'iodoforme, pansement humide sans aucune réunion.

Le réveil du malade est un peu lent; mais, dès le soir, la température tombe à 37°,4, et le délire disparaît. 37° à partir du lendemain matin.

Dès le surlendemain de l'opération, le blessé ne se plaignit plus que de ses côtes et retrouva tout son appétit.

Il quitta l'hôpital le 20 juillet, complètement cicatrisé, sans avoir

présenté d'autre incident qu'un petit abcès sous la base du lambeau, survenu le 12 juin et qui fit monter pendant deux jours sa température de 36°,4 à 38°,6. Il gardait, bien entendu, une cicatrice dépressible que je lui ai recommandé de protéger en portant une calotte de cuir sous son tarbouch.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui préconisent la trépanation dans un but antiseptique, en dehors de la compression, dans les fractures du crâne avec plaie.

On a recommandé de faire cette opération préventivement, toutes les fois que la plaie a été souillée au moment de l'accident ou après.

Il me semble suffisant de se tenir prêt à la pratiquer à la première menace pour éviter de faire inutilement à la voûte cranienne une perte de substance dont la persistance n'est pas sans inconvénients.

Présentation de pièce.

M. Bouilly présente un utérus gravide de cinq mois, dont le corps est criblé de fibromes interstitiels arrondis, à divers stades de développement. L'utérus rétroversé, enclavé dans le petit bassin, déterminait des douleurs qui engagèrent à intervenir. L'abdomen ouvert, l'utérus fut soulevé, amené au dehors et extirpé suivant la méthode de Porro.

Discussion.

M. Marchand demande à M. Bouilly ce qui l'a engagé à agir aussi précipitamment, sans attendre que le fœtus, arrivé au terme de la viabilité, pût être extrait par l'opération césarienne.

M. Bouilly répond que les troubles de la miction causés par la rétroversion et les douleurs de la malade ne pouvaient l'autoriser à attendre près de deux longs mois d'un côté, et que, de l'autre, les circonstances étaient telles que le diagnostic très exact ne pût être établi qu'à la suite de l'intervention.

Présentation de pièce.

M. Richelot présente un volumineux calcul intestinal rendu spontanément par un malade. Le calcul est entier et n'a pas été scié; il est de forme cylindro-ovalaire et a environ 8 centimètres de longueur sur 5 centimètres d'épaisseur.

Discussion.

M. Terrier. Les entérolithes sont fréquente chez les herbivores et sont formés de carbonates calcaires; peu riches en phosphates en général.

On a signalé leur fréquence chez les individus appartenant à l'espèce humaine, dont le régime se rapproche de celui des herbivores, notamment chez ceux qui se nourrissent de sarrasin.

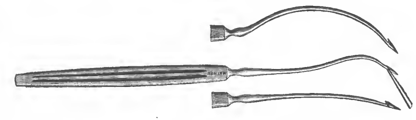
M. Th. Anger. Je possède un entérolithe recueilli chez un cheval, dont le centre est occupé par un fragment de fer. Il est donc indispensable que M. Richelot pratique la section de son calcul pour déterminer quelle est la matière de sa partie centrale. Je suis d'avis, en effet, que presque toutes ces productions sont développées autour d'un corps étranger.

Présentation d'instrument.

Par M. Larger.

J'ai l'honneur de présenter à la Société le modèle définitif de mon *aiguille-crochet* à sutures, déjà présentée antérieurement (séance du 29 mai 1889).

Cet instrument consiste essentiellement en un poinçon conique, droit ou courbe, muni vers la pointe taillée en trocart ou en



pointe, d'un simple épaulement dont le fil à suture suffit à combler la lumière.

Je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de cette aiguille dont le maniement, et surtout le nettoiement, sont des plus commodes. Je ne doute pas qu'elle ne rende les mêmes services entre les mains des chirurgiens qui voudront l'essayer.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 23 juillet 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux mémoires en italien : a. *De la suppuration due au bacille du typhus*, mémoire présenté à la Societé italienne de chirurgie, à Florence ; b. *De l'étiologie de l'ostéomyélite aiguë* (extrait de *Lo Sperimentale*, 1889), par le Dr Francesco Colzi (de Florence). Florence, 1890 ;

3° Trois mémoires en anglais : a. *De l'arthrectomie dans les maladies articulaires ;* b. *Du traitement opératoire dans la coxalgie ;* c. *Du repos et de l'immobilisation dans les maladies articulaires*, par le Dr De Forest Willard (de Philadelphie). Philadelphie, 1890 ;

4° *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations suspubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus*, par Marcel Baudouin (Thèse de Paris, 1890) ;

5° *Hémorrhagie générale du corps vitré ; ophtalmotomie antérieure ; guérison*, par M. E. Rolland (de Toulouse) (M. Delens, rapporteur) ;

6° *Plaie par arme à feu de l'abdomen ; pas d'intervention ; guérison rapide*, par M. Ledru, de (Clermont-Ferrand) (M. Reclus, rapporteur) ;

7° *Ouverture des collections pelviennes par le vagin*, par M. Laroyenne (de Lyon) (M. Polaillon, rapporteur) ;

8° Lettres de M. Berger et de M. Desormeaux, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Championnière. J'ai fait dans mon service une longue expérience du traitement électrique des fibromes. Je suis arrivé à des conclusions que j'ai déjà exposées dans cette enceinte, et qui, pour quelque similitude qu'elles aient avec celles de M. Richelot, en diffèrent pourtant par quelques points.

Je commençai avec quelques appréhensions, car je me souvenais encore qu'une jeune femme, venant du service de M. Tarnier, traitée par M. Apostoli, avait succombé en quelques jours. Aussi M. Danion et moi nous appliquâmes-nous à établir un procédé d'application de l'agent électrique qui mît à l'abri des dangers de méthodes qui le portent jusque dans la profondeur de la cavité utérine, voire même dans l'épaisseur du tissu myomateux. Notre pôle abdominal en terre glaise, et notre éponge vaginale largement appliquée sur le col, constituent la manière la plus innocente d'appliquer l'électricité, et d'une façon aussi puissante qu'on puisse le désirer. Tout ce que l'on est en droit d'attendre d'elle peut être obtenu ainsi; et si, de temps à autre, on rencontre des cas qui sont de véritables contre-indications à son emploi, on peut être certain que c'est l'agent lui-même, non son mode d'application, que l'on doit mettre en cause.

M. Richelot a avoué que l'électricité devient dangereuse s'il existe des complications du côté des annexes, et en cela il a eu raison jusqu'à un certain point, comme je l'ai dit moi-même. Pourtant, il convient de faire quelques restrictions à cet égard; il existe quelques chirurgiens qui répugnent à l'emploi de l'électricité lorsqu'il s'agit du traitement des fibromes, et qui la conseillent, au contraire, dans les affections annexielles. Si ces praticiens avaient été témoins d'accidents sérieux, nul doute qu'ils n'eussent vite réformé leur pratique. Les épithètes inutiles, nuisibles peut-être, conviennent donc mieux dans l'espèce que le mot dangereux.

Notre collègue affirme, d'autre part, que le traitement électrique ne peut influencer les fibromes énucléés du tissu utérin et plus ou moins indépendants de ce dernier. Je crains que, à cet égard, M. Richelot s'en soit plus rapporté à des informations erronées qu'à son expérience personnelle, car j'ai constaté plusieurs fois que cette variété de myomes était parfaitement influencée par le courant galvanique. Je suis d'avis nonobstant que l'excision, très innocente dans ces cas, doit être préférée à toute autre méthode; les résultats obtenus par les méthodes rivales restant toujours incomplets.

L'électricité, ai-je dit ailleurs, est le plus efficace des traitements

médicaux des fibromes utérins ; mais il ne répond qu'à de certaines indications déterminées. Tout d'abord, c'est à lui qu'on aura recours chez les malades émaciées, cachectiques, qui portent de volumineuses tumeurs.

L'expérience a montré que, dans les cas de ce genre, l'intervention chirurgicale ne réussit jamais, et que lors même que les circonstances semblent le plus favorables, l'hystérectomie reste quand même une opération très dangereuse.

Je connais plusieurs malades de cette catégorie, vivantes actuellement et améliorées par le traitement électrique, lesquelles auraient certainement succombé à une opération.

On peut objecter que l'amélioration, rapide d'abord, devient stationnaire ; que souvent les pertes reparaissent. Il en est de même pour quelques autres méthodes rivales. C'est ainsi que j'ai enlevé les ovaires chez un certain nombre de femmes, et que, dans quelques cas, après une ménopause de quelques mois, les pertes ont reparu. Aucun des procédés du traitement qu'on pourrait dire indirect ne conduit à un succès assuré.

Malgré ces quelques insuccès de l'ovariectomie, c'est à elle que j'ai recours, de préférence chez les femmes jeunes encore ; j'entends celles qui ont à peine dépassé 35 ans. C'est chez les femmes voisines de la ménopause que le traitement électrique est surtout efficace.

Certaines malades, par suite d'un état nerveux particulier, bien qu'elles ne présentent aucune lésion des annexes, ne peuvent supporter l'électricité. Cette dernière leur cause non pas positivement de la douleur, mais une sensation tellement pénible et désagréable que force est d'en suspendre l'emploi.

M. Richelot. Je suis arrivé, en résumé, aux mêmes conclusions que M. Championnière, à savoir que tout en restant le meilleur des traitements palliatifs, l'électricité est souvent, fort souvent même, employée d'une façon abusive par des fanatiques qui prétendent supprimer toute action chirurgicale par son moyen.

Je ne diffère sérieusement d'avis avec M. Championnière qu'au sujet des fibromes énucléés, et reliés seulement à l'utérus par un pédicule d'épaisseur variable. Je persiste à croire que le traitement électrique est sans action sur cette variété de tumeurs, et que l'extirpation leur est seule applicable.

M. Quénu. J'aurais préféré que cette discussion vînt plus tard, afin d'apporter des résultats plus anciens. Ma pratique personnelle ne porte actuellement que sur 18 à 20 malades que j'ai électrisées moi-même ou que j'ai fait électriser par mes assistants, soit au dispensaire, soit en ville. Tantôt j'ai pratiqué l'électrisation du col

suivant la méthode de Danion, tantôt j'ai introduit l'excitation dans la cavité cervicale ou même dans celle du corps. J'ai employé ordinairement des courants de 80 à 100-120 milliampères au plus, pendant une durée de dix minutes, avec renversement de courants à la fin de chaque séance. Les séances ont été faites tous les trois jours; pour quelques malades, elles ont été plus rapprochées.

Je puis diviser mes résultats en trois séries. Chez plusieurs malades, ils ont été des plus encourageants. J'en citerai deux en particulier : j'opérai, il y a près de vingt mois, avec l'assistance de M. Hartmann, une jeune femme de 33 à 34 ans, atteinte d'un petit fibrome de l'utérus déterminant des ménorrhagies excessivement abondantes. Je lui fis l'opération d'Hégar en septembre 1888. Les suites furent des plus simples, et les règles furent supprimées pendant six mois ; mais, au mois d'avril, des pertes abondantes et irrégulières survinrent et résistèrent à tous les moyens employés : ergotine en injections, irrigations chaudes, tamponnement vaginal, tamponnement du col utérin, etc. Je priai M. Apostoli d'appliquer l'électrolyse ; au bout de huit à dix séances, l'écoulement cessa.

La deuxième observation est relative à la mère d'un étudiant en médecine que j'allai voir en province en juillet 1887. L'état de cette malade était des plus graves : des ménorrhagies d'abord de plusieurs années l'avaient considérablement affaiblie ; les fonctions digestives étaient profondément troublées, la bouche était remplie de muguet ; l'état général et en même temps la situation du fibrome contre-indiquaient toute intervention chirurgicale.

L'électrisation fut appliquée par le fils de la malade pendant plusieurs mois. Aucune perte ne reparut, et actuellement cette malade, qui ne pouvait sans peine se déplacer, fait elle-même à Paris ses emplettes dans les magasins de nouveautés.

Dans ces deux cas, le traitement électrique a agi sur le symptôme hémorrhagie ; je puis, en outre, mettre à son actif de réelles améliorations que j'ai observées dans l'état des fonctions digestives chez des malades gênées par la tympanite. Celle-ci a notablement diminué ou disparu et fait croire parfois à une diminution du corps fibreux.

Dans une deuxième série, j'ai obtenu des résultats incomplets ou nuls. Les hémorrhagies n'ont que peu diminué, ou même n'ont pas été modifiées. Pas plus que M. Championnière, je n'ai observé de rapport constant entre les résultats thérapeutiques et le siège du fibrome.

Tout dernièrement, il y a deux mois, j'examinai une malade atteinte de pertes, envoyée par M. le D[r] Launois. Chez elle, le corps fibreux faisait saillie dans la cavité utérine dilatée : j'essayai sans succès de modifier l'écoulement sanguin par une série de

séances électriques : je dus, trois semaines après, procéder à l'énucléation et à l'extirpation par morcellement d'un fibrome qui pesait 500 grammes.

Je range enfin dans une troisième série les malades chez lesquelles l'électricité a été plutôt nuisible.

Je n'ai eu chez aucune de mes malades d'accidents septiques, et je crois qu'avec des précautions, ces accidents doivent être rares. Mais chez l'une d'elles, observée avec le Dr Gueneau (de Levallois), et qui était manifestement atteinte d'un fibrome, non seulement je n'assistai à aucune diminution des hémorrhagies, mais encore je vis, sous mes yeux et dans l'espace de trois mois, la tumeur prendre un développement rapide et s'élever jusqu'aux fausses côtes. Je reconnus qu'un kyste de l'ovaire était superposé au corps fibreux : l'opération fut faite avec l'assistance de M. Terrier et suivie de guérison complète. Je me contentai d'enlever le kyste et l'autre ovaire et ne touchai pas au fibrome, qui était peu volumineux.

De ma pratique personnelle, pas plus que des faits apportés ici et ailleurs, je ne crois pas qu'il soit actuellement possible de déduire des règles bien précises quant à l'indication d'appliquer le traitement électrique. Sans doute les lésions des annexes créent, en général, une contre-indication : tout dernièrement, je viens encore d'en faire l'expérience.

J'essayai en vain d'améliorer par l'électricité l'état d'une malade très affaiblie par des hémorrhagies. Je me décidai à lui faire l'opération d'Hégar et la fis entrer dans le service de M. Terrier, où, en l'opérant, il y a une quinzaine de jours, je constatai que les trompes étaient malades et remplies de sang et que les ovaires étaient adhérents au petit bassin.

Il faut bien avouer cependant que cet état des annexes est souvent difficile à vérifier, et que, d'autre part, sa grande fréquence chez les femmes qui ont des corps fibreux ne saurait créer une contre-indication absolue. J'ai montré plus haut que le siège de la tumeur n'avait pas toujours une influence bien grande sur les résultats thérapeutiques.

Enfin, s'il est vrai de dire que les cas où la ménopause est proche sont des cas favorables, il faut ajouter que de bons résultats ont été obtenus chez des jeunes femmes, et que de mauvais ont été observés chez des femmes âgées.

En résumé, on ne peut guère prédire d'avance quel sera le résultat de l'électricité, et la seule formule générale qui me paraisse acceptable est celle-ci : l'électrisation est surtout applicable aux femmes chez lesquelles l'état général ou bien encore le volume, le siège et les connexions de la tumeur sont tels

que toute espèce d'acte opératoire aurait des chances d'aboutir à un résultat fatal.

Communication.

Sur un nouveau procédé d'anesthésie,

Par M. Reynier.

Messieurs, dernièrement un de nos physiologistes les plus distingués, et un des plus autorisés par ses travaux sur le chloroforme, M. le professeur Dastre, venait proposer un nouveau procédé d'anesthésie. Partant de cette observation vraie que les accidents les plus fréquents, et par suite les plus à redouter, de l'anesthésie chloroformique sont dus à l'excitation soit directe, soit réflexe du système modérateur cardiaque du pneumogastrique et de son noyau bulbaire, il essayait de détruire momentanément l'excitabilité de ce système. Pour atteindre ce but, il associait l'action de l'atropine à celle du chloroforme. L'atropine est un paralysant du système moteur cardiaque, et théoriquement on est en droit de dire que son emploi équivaut à la section du pneumogastrique, c'est-à-dire de la voie par laquelle toute action réflexe peut se transmettre au cœur et l'arrêter.

L'atropine offre toutefois par elle-même certains dangers, et M. Dastre voulut les prévenir en lui adjoignant son antidote physiologique, la morphine.

La nouvelle méthode consistait dans l'association, morphine, atropine et chloroforme.

Avec le professeur Morat (de Lyon), il expérimenta ce nouveau procédé anesthésique, de 1878 à 1888, sur les chiens. Ceux-ci ont, d'après les physiologistes, la réputation plus ou moins justifiée de supporter mal le chloroforme, tout au moins celui qui a séjourné plus ou moins longtemps dans les laboratoires. Le résultat fut excellent : lorsque M. Dastre perdait autrefois un chien sur trois, il put, sans accidents, anesthésier plusieurs centaines de chiens.

C'est alors qu'il proposa son procédé aux chirurgiens.

M. Aubert, à Lyon, expérimenta le premier sur l'homme la méthode anesthésique de M. Dastre, ou mieux *crut*, comme nous allons le montrer tout à l'heure, l'appliquer.

La formule employée par M. Aubert était la suivante : quinze à trente minutes avant l'opération, il faisait une injection de 1 centimètre cube et demi de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine............	10 centigr.
Sulfate d'atropine....................	5 milligr.
Eau distillée.........................	10 grammes.

En avril 1883, M. Aubert rendait ainsi compte de ses essais :

« Je ne connais actuellement rien de préférable ni de plus pratique. Les avantages de cette méthode sont les suivants : 1° la sécurité ; 2° la rapidité plus grande avec laquelle on obtient le sommeil ; 3° le calme absolu du malade ; 4° la facilité du réveil ; 5° la simplicité des suites au point de vue des malaises et des vomissements. »

Devant de pareils résultats, je crus devoir expérimenter à mon tour le nouveau procédé, et cette année j'endormis un certain nombre de mes malades, à l'hôpital Tenon, en faisant précéder l'anesthésie de l'injection hypodermique d'une solution atropo-morphinique, formulée d'après les prescriptions de M. Aubert ; j'injectais ainsi, suivant la force des malades, de 1 centigramme à 1 centigramme et demi de morphine, et d'un demi à trois quarts de milligramme d'atropine.

Mes observations n'ont malheureusement pas confirmé celles de M. Aubert, et bientôt je dus renoncer à cette association de l'atropine à la morphine et au chloroforme.

J'eus le malheur de perdre une malade, et je crus pouvoir attribuer cette mort à cette association.

C'est cette observation que je désire lire aujourd'hui devant vous. Elle me paraît devoir être d'un enseignement profitable pour nous tous, et bien qu'il soit moins agréable de parler de ses insuccès que de ses succès, il est bon, je crois, de faire taire son amour-propre, surtout quand la science peut y gagner.

Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans, entrée dans mon service pour une ostéite tuberculeuse du cuboïde droit. Pâle, chlorotique, elle présentait au sommet gauche une respiration rude et quelques craquements secs.

L'opération consista dans un évidement du cuboïde avec la curette.

Une demi-heure avant l'opération, on lui fit une injection d'atropine et de morphine. Mais à cause de son âge, de son aspect assez frêle, on n'injecta que 1 centigramme de morphine et un quart de milligramme d'atropine.

La chloroformisation fut facile ; pas de période d'excitation, pas de vomissements, pas de spasmes respiratoires.

L'opération dura à peine dix minutes, et lorsqu'on arriva aux points de suture, on cessa de donner le chloroforme. La malade avait pris à peine le tiers d'un flacon de 90 grammes, par conséquent 20 à 30 grammes en tout.

Les points de suture furent mis sans que la malade accusât aucune douleur. Je laissai faire alors le pansement pendant que je me lavais les mains. A ce moment, la malade rouvrit les yeux, mais ne parla pas. Je quittai alors la salle pour aller causer à quelqu'un du dehors, qui venait me parler d'un malade, et je donnai l'ordre de remettre mon

opérée sur le brancard. La malade dormait encore ; mais je ne m'inquiétais pas de ce sommeil, et je n'avais pas essayé de le troubler, car la prolongation de ce sommeil est notée dans les observations de M. Aubert, et je l'avais constatée antérieurement sur les malades que j'avais endormis par ce procédé.

Cette prolongation du sommeil a même été considérée comme une condition avantageuse pour éviter aux opérés l'agitation du réveil, et les laisser mieux se reposer après l'opération.

Quoi qu'il en soit, j'étais sorti de la salle depuis deux minutes au moins lorsqu'un de mes internes vint m'appeler en toute hâte, me disant que la malade ne respirait plus. Le fait n'était pas tout à fait exact : au moment où j'arrivai, la malade, blanche, livide, mais n'ayant pas la coloration violacée asphyxique, avait encore quelques mouvements respiratoires, mais très faibles, espacés. J'eus le temps d'en voir un ou deux, car presque aussitôt la respiration s'arrêta définitivement, et le pouls cessa d'être perçu. Le cœur cependant battait encore très faiblement. A ce moment, la pupille, très contractée jusque-là, se dilata subitement, énormément. Tout cela se passa pendant l'espace d'une ou deux secondes. Je n'avais d'ailleurs pas attendu pour faire mettre la tête en bas et faire la respiration artificielle, que mes internes avaient d'ailleurs commencée, en même temps qu'ils avaient flagellé la malade avec de l'eau froide, dès qu'ils avaient vu la respiration diminuer comme ampleur. Car, d'après les renseignements que j'ai recueillis depuis, au moment où je sortais, la malade avait, comme je l'ai dit plus haut, ouvert les yeux, mais sans parler, et au moment où on s'y attendait le moins, tout d'un coup sa respiration était devenue très fréquente, puis très faible, et elle n'avait plus eu que les quelques inspirations espacées que j'avais vues en entrant.

Pendant trois heures, nous relayant, nous avons fait la respiration artificielle, faisant inhaler de l'oxygène. Au bout d'une demi-heure, nous vîmes une inspiration spontanée se produire, suivie d'une seconde ; malheureusement la troisième ne survint pas. Cela nous donna toutefois de l'espoir, et nous redoublâmes d'efforts. Au bout de quarante minutes, le cœur battant toujours, nous vîmes les lèvres se colorer et la pupille se rétrécir ; les inspirations spontanées, sans être régulières, deviennent plus fréquentes ; malheureusement ce mieux ne dura pas, et de nouveau les lèvres blanchirent, pendant que le cœur faiblissait encore. Petit à petit, les battements du cœur devinrent de plus en plus faibles, et malgré la continuation de la respiration artificielle, malgré la flagellation, malgré une piqûre d'éther, malgré l'électrisation du cœur, nous fûmes obligés de reconnaître enfin notre impuissance et de nous retirer en constatant que, depuis déjà un certain temps, on n'entendait plus les battements du cœur.

L'autopsie fut faite le surlendemain par M. Verneuil. Le directeur de l'hôpital avait cru devoir avertir le commissaire de police qui, de son côté, fit un rapport au procureur général, et celui-ci avait délégué M. Verneuil pour faire l'autopsie judiciaire.

En passant, je ferai remarquer combien il est regrettable de voir

le parquet intervenir dans des circonstances semblables. Je n'ai pas besoin d'insister sur toutes les conséquences désagréables que peut avoir pour nous cette intervention, que rien ne justifie. On ne voit pas, en effet, pourquoi on intervient plus dans un cas de mort par chloroforme que dans un cas de mort par choc opératoire.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil ne constata aucune lésion du côté du cœur, qui était vide, exsangue; aucune congestion pulmonaire, aucune ecchymose indiquant une asphyxie, comme on en a pu voir lorsque les malades meurent par spasme bronchique. Au sommet gauche, on trouvait deux ou trois noyaux tuberculeux, mais à l'état fibreux, paraissant être des lésions anciennes ; il y avait de plus deux petites adhérences pleurales. Il n'y avait rien du côté du rein ou du foie.

La seule chose constatable était l'anémie marquée de la substance cérébrale et du bulbe.

Le chloroforme a été analysé au laboratoire de M. Regnault par M. Villejean. Il ne présentait aucune altération.

Telle est cette observation.

Si l'on se reporte aux symptômes qui ont précédé la mort, il semble bien qu'on se soit trouvé en présence d'une paralysie bulbaire amenée par le chloroforme. Cette accélération des mouvements respiratoires, suivie de cet arrêt; cette dilatation pupillaire, et enfin l'arrêt du cœur, sont des signes évidents d'un envahissement progressif des cellules bulbaires par l'agent anesthésique.

Mais ce qui est insolite, tout au moins dans les procédés ordinaires de chloroformisation, c'est cette intoxication tardive, survenant lorsque la malade cessait de prendre du chloroforme depuis plus de dix minutes, et que depuis ce temps elle respirait à l'air libre.

Ce qui est également à remarquer, c'est cette impossibilité de rétablir le rythme respiratoire, de ranimer les contractions cardiaques, lorsque pendant plus de trente minutes, par la respiration artificielle, on avait entretenu la vie et fait éliminer une notable quantité de chloroforme. Chaque expiration qui se produisait donnait lieu, en effet, à une forte odeur chloroformique très appréciable ; or, si on tient compte du peu de chloroforme absorbé, au bout de deux heures, on pouvait espérer que l'action paralysante de l'anesthésique devait disparaître et permettre aux cellules bulbaires de reprendre leur activité fonctionnelle.

Or, ce qui peut paraître au premier abord insolite cesse de l'être lorsque je reprends mes observations antérieures d'atropochloromorphinisation et que je les analyse.

Tous les malades que j'ai endormis par ce procédé ont eu, comme je le disais plus haut, un réveil tardif. L'atropomorphinisation, comme l'ont noté MM. Dastre et Aubert, prolonge d'une

façon manifeste l'effet anesthésique. Il semble même que cet effet s'accentue alors que le chloroforme n'est plus donné.

Chez deux malades, deux hommes, la surveillante, une heure après qu'ils avaient été reportés dans leur lit, a remarqué une sorte de dyspnée, de gêne respiratoire coïncidant avec un aspect cyanosé de la face. Elle m'en parla lorsqu'elle la vit se produire chez le second malade, et jamais, ajoutait-elle, elle n'avait vu pareil accident survenir après les chloroformisations simples.

Il semble donc qu'en adjoignant au chloroforme l'atropine et la morphine, on se prive d'un des grands avantages de ce premier anesthésique, son élimination rapide, qui permet de faire reprendre vite leurs sens aux malades.

Contrairement au chloroforme, l'atropine et la morphine sont des poisons à élimination lente; leur action, continuant alors que celle du chloroforme cesse, doit fatalement s'opposer à ce que les cellules nerveuses, troublées dans leur fonctionnement par le premier agent, reprennent leur activité normale.

C'est ce qui explique cette intoxication tardive et cette difficulté à rappeler les fonctions bulbaires, alors même qu'une notable quantité de chloroforme s'était éliminée, alors même que nous avions prolongé un semblant de vie pendant un temps très long.

J'ai d'ailleurs eu la preuve encore plus évidente de ce danger créé par l'atropomorphinisation, qui change les conditions chloroformiques habituelles, en endormant des chiens, soit par le procédé de Dastre, soit par le chloroforme seul, et en comparant les résultats.

Ces expériences dont je donne ici le résumé, je les ai faites dans le laboratoire de M. le professeur Regnault, avec mon ami M. le docteur Villejean et l'aide de M. Héret.

Un premier fait qui nous a frappé, et sur lequel je crois devoir attirer l'attention de la Société, est la différence absolue qu'il y a entre le procédé employé par M. Dastre sur les chiens et le procédé de M. Aubert que nous appliquons sur l'homme.

Tandis que M. Aubert ne fait une injection que d'un centigramme de morphine et d'un milligramme d'atropine, M. Dastre injecte un centigramme de morphine et un milligramme d'atropine par kilogramme d'animal, ce qui fait que, si le procédé était appliqué sur l'homme, ce ne serait plus un centigramme, mais 80 centigrammes de morphine et 80 milligrammes d'atropine pour un homme de 80 kilogrammes que nous devrions donner, doses que l'homme ne peut supporter, tandis que le chien les tolère très bien.

Mais aussi, si les doses sont différentes, les résultats sont différents, et les deux procédés ne sauraient être comparés.

Avec de pareilles doses on anesthésie les chiens. A peine leur injection faite, ils vacillent sur leurs jambes, puis tombent inertes, se couchent et s'endorment. Dans cet état leurs membres sont flasques ; on peut les prendre, les piquer, les pincer, sans qu'ils réagissent. Il n'est donc pas étonnant qu'il ne faille, comme le fait remarquer M. Dastre, qu'un ou 2 grammes de chloroforme pour les anesthésier. Le chloroforme joue là un fort petit rôle; ce n'est pas, en effet, une anesthésie par le chloroforme, mais une anesthésie par l'atropine et la morphine, que nous produisons dans ces conditions. Et on comprend que chez le chien, qui offre une grande tolérance pour ces deux substances, tandis qu'il supporte mal le chloroforme, ce procédé puisse donner d'excellents résultats et doive être préféré à la chloroformisation.

Chez l'homme, il n'en est plus ainsi, l'injection d'un centigramme de morphine peut endormir, mais ne suffit pas pour donner l'anesthésie aussi complète ; le chloroforme redevient l'agent anesthésique important et la chloroformisation est réelle ; nous en voyons la preuve dans les doses que nous sommes obligés d'employer, doses à peu près comparables à celles que nous employons lorsque nous ne pratiquons pas l'atropomorphinisation. Dans une observation, je vois que le malade a pris 120 grammes de chloroforme ; dans une autre, 100 grammes.

Chez le chien, toujours la période d'excitation est supprimée; à peine ont-ils respiré quelques secondes, qu'ils sont profondément endormis.

Chez l'homme, dans quelques cas, cette période d'excitation est moindre; chez notre petite malade, elle était complètement supprimée; mais chez beaucoup d'autres, elle persiste. Nous avons eu un homme, un parfait alcoolique d'ailleurs, qui a eu une agitation longue, et dont la période d'excitation a été particulièrement ennuyeuse, marquée qu'elle était par des spasmes respiratoires. Nous avons pensé que ces résultats différents, qu'on note d'ailleurs dans les chloroformisations simples, pouvaient tenir à la susceptibilité individuelle plus ou moins grande des malades pour les substances que nous employions.

Avec M. Villejean, nous avons essayé de comparer les intoxications par le chloroforme simple et par l'adjonction de l'atropine et de la morphine, en donnant du chloroforme jusqu'à l'arrêt de la respiration, et en mettant alors en œuvre tout ce qui était nécessaire pour rappeler les animaux à la vie.

Ainsi, outre le robinet d'eau froide, sous lequel, d'après le procédé de Claude Bernard, nous mettions les animaux, et qui est encore le meilleur moyen de les faire revenir, nous avions une pile disposée par avance, et dont nous mettions, d'après le procédé de

M. Regnault, les électrodes dans l'anus et dans la gueule de l'animal. M. Regnault préconise ce moyen comme presque infaillible. Il l'est en effet lorsqu'on a affaire à des accidents du début, à des syncopes réflexes; il faut moins y avoir confiance quand on se trouve en présence d'intoxications.

Quoi qu'il en soit, nous avons intoxiqué quatre chiens : deux avec le chloroforme simple, deux avec l'atropochloromorphinisation.

Nous avons tout d'abord constaté, ce qui était à prévoir, si on se reporte aux petites doses nécessaires pour obtenir l'anesthésie complète, qu'il fallait, en faisant préalablement l'injection d'atropine et de morphine, fort peu de chloroforme pour produire les phénomènes d'intoxication, l'arrêt de la respiration et finalement l'arrêt du cœur. Dans une expérience le chien avait respiré à peine 10 grammes de chloroforme.

On exagère donc la puissance toxique du chloroforme par l'adjonction de l'atropine et de la morphine.

De plus, tandis que dans la chloroformisation simple vous avez le temps et la possibilité de vous rendre compte des progrès de l'intoxication, dans l'atropochloromorphinisation presque rien ne vous met en garde : la respiration du chien devient à un certain moment plus rapide, puis à cette accélération succèdent des pauses respiratoires prolongées, tandis que la faiblesse de l'inspiration s'exagère. Le cœur s'arrête alors. Tout cela se passe assez rapidement.

Sur deux chiens anesthésiés avec le chloroforme simple, nous avons attendu l'arrêt complet de la respiration pour les transporter sur une table voisine, où nous les avons soumis aux courants électriques. L'un ne put revenir à la vie; l'autre, au bout d'un quart d'heure d'électrisation, fut sauvé par le jet d'eau froide.

Sur deux chiens atropochloromorphinisés, nous attendîmes chez l'un, l'arrêt de la respiration; chez l'autre, nous cessâmes de donner le chloroforme dès que la respiration commença à faiblir.

Tous les deux furent soumis aux courants électriques, à la douche froide et à la respiration artificielle.

Tous les deux moururent sans que, malgré nos efforts persévérants pendant plus d'une demi-heure, il nous fût possible de rappeler le rythme respiratoire. Or, pour le dernier, nous n'avions pas poussé l'anesthésie jusqu'à ses dernières limites; pour M. Villejean et moi qui avons anesthésié pas mal de chiens dans notre vie, il nous a semblé que nous aurions dû, cessant l'anesthésie aussitôt, pouvoir, s'il ne s'était agi que d'une simple chloroformisation, faire revenir l'animal à la vie par les moyens que nous avions mis si rapidement en œuvre.

Dans ces expériences, il nous a paru, de plus, qu'à la suite de

l'atropochloromorphinisation le cœur cessait de battre plus rapidement qu'à la suite de l'intoxication chloroformique simple.

Nous croyons donc, avec M. le docteur Villejean, pouvoir conclure en disant que l'atropochloromorphinisation chez le chien, en se conformant aux doses indiquées par M. Dastre, paraît empêcher les accidents réflexes du début, mais semble rendre les accidents d'intoxication de la fin plus sérieux, plus irrémédiables.

Les expériences du laboratoire sont donc venues confirmer les observations que malheureusement en clinique nous avions relevées.

Je conclus en disant que l'atropochloromorphinisation par le procédé de Dastre est excellente sur les chiens, et a rendu un grand service à la physiologie, étant donnée la facilité avec laquelle on anesthésie ces animaux. Mais c'est un procédé de laboratoire, qui ne peut être appliqué à l'homme. La modification que lui a fait subir M. Aubert, loin de diminuer les accidents chloroformiques semblerait devoir les multiplier, en augmentant les dangers des accidents d'intoxication.

Discussion.

M. Terrier. Messieurs, ayant fait quelques recherches sur l'emploi préalable d'une injection de morphine et d'atropine avant l'anesthésie, en d'autres termes, ayant utilisé dans un certain nombre de cas la méthode de M. le professeur Dastre, je tiens à vous donner le résultat de ces quelques expériences. J'ai utilisé l'injection d'un centigramme de morphine et un milligramme d'atropine.

L'anesthésie obtenue après ces injections ne me paraît pas comparable, selon qu'on l'observe chez les hommes ou chez les femmes.

Chez les hommes, malgré l'injection, les phénomènes de l'anesthésie ne changent guère; il existe toujours une période d'agitation, d'autant plus accusée que le sujet est alcoolique; mais, je le répète, cette période existe aussi bien dans les cas où on n'avait pas fait d'injection sous-cutanée préalable.

Quant au réveil, il est très brusque le plus souvent, et en tout cas peu retardé, contrairement à ce qu'on a observé chez les animaux.

Voici un de ces faits :

Il s'agit d'un sujet âgé, auquel je fis la taille sus-pubienne.

L'injection fut faite à 9 h. 21 m.; on commença l'anesthésie à

9 h. 53 m.; il y eut de l'agitation. Sommeil anesthésique à 10 h. 10 m.; on avait utilisé environ 10 grammes de chloroforme.

L'opération dura quarante minutes, et l'anesthésie nécessita l'emploi de 40 grammes de chloroforme. Cessée à 10 h. 50 m., le malade se réveilla à 11 h. 7 m., c'est-à-dire au bout de dix-sept minutes. En fait, le réveil fut un peu retardé peut-être, mais pas d'une façon bien sensible. Nous observâmes les mêmes phénomènes chez nos autres opérés hommes.

Chez les femmes, les choses paraissent le plus souvent se passer un peu différemment.

Dans les cinq faits qui ont été recueillis avec soin, l'agitation a presque totalement manqué dans quatre cas, ce qui est à noter évidemment.

La durée des inhalations pour obtenir l'anesthésie a été de dix minutes; une seule fois on a dû attendre près de vingt minutes.

Mais très certainement cette durée a été abrégée d'une façon notable; car le plus souvent nous attendons quinze et vingt minutes, l'anesthésie chloroformique étant faite à très petites doses, selon la méthode préconisée par mon élève et ami le Dr Péraire.

Reste à déterminer l'influence de ces injections préalables sur le réveil plus ou moins rapide des opérés.

Or les résultats ont été bien variables; toutefois on peut dire que, d'une façon générale, le réveil anesthésique est plus long à se produire. Voici quelques faits :

1° Opération durant vingt minutes, 20 grammes de chloroforme utilisés; il s'est écoulé quinze minutes entre le réveil et la cessation de l'anesthésie.

2° Opération de cinquante minutes, 28 grammes de chloroforme; une heure de sommeil après l'anesthésie.

3° Opération de quinze minutes, 25 grammes de chloroforme; vingt-cinq minutes de sommeil après l'anesthésie.

4° Opération de trente minutes, 30 grammes de chloroforme; trente minutes de sommeil.

Nous avions l'intention de continuer cette méthode anesthésique, lorsqu'un accident ou plutôt ce que nous avons cru être un accident s'est produit et nous a fait momentanément cesser ce mode d'anesthésie.

Voici le fait :

Il s'agissait d'une jeune femme opérée de néphrectomie le 22 octobre 1889.

L'opération dura une heure cinq minutes; l'anesthésie fut au

début suivie de phénomènes d'excitation; on utilisa 60 grammes de chloroforme.

Dès que l'anesthésie fut terminée, la malade sembla se réveiller, mais bientôt elle se rendormit profondément; ses lèvres se cyanosèrent, et malgré l'emploi des excitants cutanés, elle succomba une heure dix minutes après la cessation de l'administration du chloroforme.

Il est certain que la mort peut être attribuée au choc traumatique, qu'il faut tenir compte ici de la gravité exceptionnelle de l'opération; mais enfin, celle-ci s'était passée sans incidents, sans perte de sang anormale; aussi ai-je eu une certaine tendance à mettre en cause le mode d'anesthésie utilisé, pour expliquer cette issue fatale si rapide.

Certes, Messieurs, avec ces quelques faits, il me serait impossible de juger cette question si importante; toutefois j'ai cru devoir les porter à votre connaissance, me gardant bien, d'ailleurs, d'en tirer des conclusions absolues et désirant être éclairé par ceux d'entre vous qui ont suivi la même voie, encouragés par les très intéressantes recherches du professeur Dastre.

M. Quénu. Il existe, au sujet du réveil de l'anesthésie chloroformique, des susceptibilités individuelles de nature inconnue. J'ai vu des malades se réveiller très lentement même à la suite de l'absorption de doses très faibles de l'agent anesthésique, et réciproquement.

Les accidents tardifs sont bien connus. J'ai perdu, il y a quatre ans, une malade que je venais d'opérer de hernie ombilicale. Après s'être très bien réveillée, le pansement terminé, elle fut prise d'une pâleur subite avec dilatation des pupilles, puis immédiatement d'un état congestif auquel elle succomba malgré tous nos efforts. L'autopsie montra un rétrécissement aortique admettant à peine une plume d'oie. J'ai vu de même des accidents dyspnéiques intenses, sans que la mort suivît.

Il convient donc de ne jamais quitter immédiatement les malades, ou de les confier à des aides expérimentés, capables de parer aux accidents qui peuvent se montrer inopinément.

M. Routier. La nouvelle méthode avait la prétention de combattre les vomissements qui succèdent si souvent à l'anesthésie chloroformique. Je l'ai expérimentée sur 50 ou 60 individus sans rien observer de particulier, si ce n'est une soif vive durant parfois un ou deux jours et les tourmentant beaucoup. Aussi suis-je vite revenu aux anciens errements.

M. Brun. La méthode d'Aubert a procuré à mes malades une

anesthésie rapide, avec une atténuation notable de l'excitation chez les alcooliques. Le réveil a toujours été rapide, et cela à tel point que l'emploi de la méthode nécessite une surveillance particulière pour que les malades ne se réveillent pas au cours de l'opération. Je suis donc fort étonné de ce que mes collègues viennent d'avancer.

M. Schwartz. Je n'ai aucune expérience de l'atropomorphochloroformisation à l'aide de laquelle on cherche à atténuer et à éviter les accidents réflexes de la première période de l'anesthésie. Depuis que mon maître M. le Dr Léon Labbé m'a enseigné la chloroformisation à petites doses continues et progressives, sur laquelle il a fait récemment à l'Académie de médecine une importante communication, j'ai eu l'occasion d'observer qu'elle offre les avantages indiqués par le Dr Aubert et rappelés par notre collègue Reynier, à savoir : la sécurité, le calme absolu du malade, la facilité du réveil, la simplicité des suites au point de vue des malaises et des vomissements. Il est vrai que pour une opération qui dure une heure, par exemple, je dépense 25 grammes de chloroforme. La technique de cette méthode d'anesthésie a d'ailleurs été l'objet de travaux importants des docteurs Boncour et Péraire. Je l'ai exposée moi-même dans un article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1889); tout récemment M. Marcel Baudoin en a fait l'objet d'une revue dans la *Gazette des hôpitaux.*

M. Terrier. J'ai vu chez un malade le contraire de ce qu'ont observé MM. Dastre et Brun. Leurs malades, disent-ils, se réveillent bien; chez les miens cette période a été longue et pénible.

Quant au mode d'administration du chloroforme que défend M. Schwartz, je ne lui concède aucune supériorité sur celui qui m'est propre, et il est probable que chacun de nos collègues possède de par lui une méthode qu'il juge la meilleure, jusqu'à ce qu'un accident vienne démontrer qu'il n'existe aucun procédé qui puisse mettre en garde d'une façon absolue contre tout danger.

M. Schwartz. Je répondrai un mot à M. Terrier.

La discussion des meilleurs procédés d'anesthésie est en cause, puisque l'atropochloromorphinisation a été donnée et employée comme préférable à tous les autres procédés. Je crois avec M. Reynier qu'elle est loin de l'être, et je constate que la méthode de chloroformisation à petites doses continues entre de plus en plus dans la pratique de nos collègues.

M. Reynier. Je n'ai que quelques mots à répondre.

Comme M. Terrier, j'ai constaté, en effet, que la période d'exci-

tation manquait chez les femmes plutôt que chez les hommes lorsqu'on avait fait l'injection d'atropine et de morphine; et comme M. Brun, je reconnais que la chloro-atropomorphinisation paraît dans une certaine mesure diminuer, et même parfois supprimer la période d'excitation. Ce résultat n'est malheureusement pas la règle. Toutefois, comme M. Dastre, je crois que l'association de l'atropine et de la morphine prévient et peut empêcher les accidents réflexes du début. Mais ma communication a eu surtout pour but de montrer que si cette association a une influence sur les accidents réflexes du début, elle augmente les chances d'intoxication, et quand cette intoxication se produit, elle la rend plus redoutable et plus irrémédiable.

Quant à ce qui est du réveil, je ferai remarquer à M. Brun qu'en effet j'ai vu mes malades se réveiller, mais se rendormir presque immédiatement, cédant à un sommeil qui devait alors être surtout sous l'empire de la morphine.

Pour ce qui est des vomissements postchloroformiques, comme M. Routier, je n'ai pas remarqué que les malades vomissaient ni plus ni moins qu'après la chloroformisation simple. On a des séries d'opérés qui ne vomissent pas, d'autres qui en sont très souffrants. Je crois que quelque procédé qu'on emploie, on aura de la peine à supprimer les vomissements postchloroformiques, qui tiennent à une sorte d'embarras gastro-intestinal provoqué par les vapeurs chloroformiques.

Et quant à la sensation de soif que signale M. Routier, je n'oserais pas affirmer qu'elle puisse être rapportée à l'injection d'atropine, car je l'ai vue souvent se produire après la chloroformisation simple.

Présentation de pièces.

M. Reclus présente l'appendice vermiforme d'un malade qu'il a opéré d'une péritonite purulente. Cet organe est volumineux et présente à son extrémité une petite perforation ou trouée, de laquelle on observe trois ou quatre petites masses fécales très dures qui bourrent l'organe. Le malade a succombé.

M. Routier a observé, il y a quelque temps, un fait identique, dû à une même lésion. Le malade a succombé également.

Élection

Élection de quatre membres correspondants nationaux.

Votants, 25. — Majorité, 13.

Sont élus :

MM. Ledru (Clermont-Ferrand)........... 22 voix.
Lagrange (Bordeaux)................ 21 —
Bois (Aurillac)...................... 19 —
Chalot (Montpellier)................. 17 —

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 30 juillet 1890.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. BOIS, CHALOT, LAGRANGE et LEDRU, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants.

A propos du procès-verbal.

Traitement des appendicites.

Par M. PAUL RECLUS.

Je vous ai montré, dans la dernière séance, un appendice perforé que j'avais réséqué chez un jeune garçon, en proie déjà à une

péritonite généralisée ; je désire vous donner aujourd'hui quelques détails sur cette intéressante observation ; j'ajouterai un cas nouveau opéré par moi, il y a quinze jours ; puis un fait qui date du mois de novembre dernier et dont la valeur serait plus grande s'il ne s'agissait pas d'un diagnostic rétrospectif. Ces trois observations me permettront de vous présenter quelques remarques sur le traitement de l'appendicite, sujet à l'ordre du jour et sur lequel nos confrères des États-Unis, d'Angleterre, d'Allemagne et de Suisse ont déjà publié de très nombreux mémoires.

Mon premier cas a trait à un garçon de quinze ans qui, un mardi matin, fut pris tout à coup d'une vive douleur de ventre au cours d'une indigestion de cerises. A partir de ce jour, les garde-robes sont supprimées, et lavements et purgations ne font qu'augmenter le météorisme ; le mercredi soir apparaissent des vomissements d'abord bilieux, puis porracés ; le vendredi matin la fièvre est intense et un médecin appelé en toute hâte, conseille d'envoyer l'enfant à l'hôpital ; voici l'état dans lequel je le trouve le samedi matin :

Le ventre est ballonné et très douloureux ; la moindre pression provoque une vive souffrance qui s'exaspère quand on arrive au niveau de la fosse iliaque droite, au point où, quatre jours avant, avait éclaté la douleur soudaine. Le météorisme extrême, la résistance des muscles et la douleur elle-même empêchent de se rendre compte s'il existe une tuméfaction ; toutefois, juste au-dessus du ligament de Fallope, on constate un empâtement difficilement appréciable, mais qui n'existe pas du côté opposé ; les vomissements porracés persistent ; la circulation des matières fécales et des gaz est absolument supprimée et le thermomètre est à 39°5.

La douleur aiguë, soudaine, ayant éclaté tout à coup, au cours d'une indigestion, à droite, un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure chez un garçon de quinze ans, les accidents péritonéaux consécutifs ne pouvaient nous laisser aucun doute sur le diagnostic : il s'agissait évidemment d'une perforation de l'appendice iléo-cæcal datant déjà de quatre jours, et nous décidâmes, séance tenante, l'intervention, malgré le peu de chance de succès que nous laissaient la péritonite généralisée, l'obstruction intestinale absolue et la faiblesse du malade.

Nous pratiquons, sous le chloroforme, une incision oblique de 14 centimètres, parallèlement au ligament de Fallope, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure ; nous coupons la peau, l'aponévrose, et nous constatons un léger œdème au-dessous des muscles profonds ; le fascia transversalis épaissi et infiltré est ouvert avec précaution, et aussitôt

s'écoule du pus fétide ; nous venions de pénétrer dans une collection de la grosseur d'une noix située en avant, en bas et un peu en dehors du cæcum, qui fait aussitôt hernie dans la plaie.

Nous allons à la recherche de l'appendice ; nous apercevons sa base un peu en dedans, et en cherchant à dégager sa pointe infléchie en arrière et adhérente à la face postérieure du cæcum, contre lequel l'appliquent des couches épaisses de néomembranes, nous pénétrons tout à coup dans un nouvel abcès, plus volumineux que le premier et situé plus en arrière. Nous détachons alors l'appendice ; nous le sectionnons à sa base, et, après avoir lié une artère assez volumineuse du méso, nous plaçons un double plan de suture au catgut pour oblitérer la perte de substance faite au cæcum par l'extirpation de l'appendice.

Les deux abcès étaient nettement limités par des adhérences, et nous n'avons pas pénétré dans la cavité péritonéale ; les parois de cette double cavité ont été essuyées, désinfectées et drainées. Malheureusement la péritonite n'a pas cédé, et dix-huit heures après l'opération notre opéré succombait. L'autopsie nous a montré que toutes les collections purulentes avaient été évacuées, que notre suture avait tenu, qu'il n'y avait pas de pus dans le ventre, mais un état poisseux des intestins agglutinés par des exsudats fibrineux.

Mon deuxième cas a été plus heureux : il y a juste quinze jours, je fus appelé avec le docteur Brissaud, aux environs de Paris, auprès d'un malade qui, depuis deux ans, était traité pour des coliques hépatiques, lorsque tout à coup, après un déjeuner copieux, suivi d'un voyage en chemin de fer et en voiture, il fut pris d'une douleur aiguë, déchirante, dans le flanc droit; la souffrance, exaspérée par la moindre pression, irradiait vers l'ombilic et les organes génitaux. Des vomissements bilieux apparaissent; on applique des sangsues, de l'onguent napolitain, et les phénomènes péritonéaux s'apaisent, ne laissant qu'une douleur persistante et un peu de tuméfaction dans la fosse iliaque. Mais bientôt crise nouvelle; la température s'élève à 39°, il y a des frissons irréguliers, une faiblesse progressive.

Lorsque nous voyons le malade, la température est encore à 39°; la douleur du flanc droit est très vive, la moindre palpation l'exagère ; nous pouvons cependant sentir dans la fosse iliaque un empâtement profond qui se traduit par une légère voussure de la région inférieure, sonore toutefois à la percussion jusqu'au ligament de Poupart. Le début brusque de la maladie, la douleur fixe et bien localisée, l'empâtement, ne nous laissent aucun doute sur la nature de l'affection ; il s'agit, pour nous, d'une collection purulente consécutive à la perforation du processus vermiculaire, et

nous pratiquons, après analgésie à la cocaïne, une incision oblique, parallèle au ligament de Fallope ; elle mesurait 15 centimètres.

A peine avions-nous incisé le fascia transversalis qu'un flot de pus fétide fouetté de bulles de gaz s'échappe au dehors, ainsi qu'un débris sphacélé adhérent à un caillot sanguin décoloré ; il s'agissait évidemment d'un lambeau de l'appendice vermiforme perforé ; nous explorons la cavité avec notre doigt, nous en soulevons les bords avec un écarteur et nous cherchons l'appendice ; dans ce cas encore, ce qu'il en reste est adhérent au cæcum et perdu dans des fausses membranes épaisses. Nous essayons de le dégager ; mais les adhérences sont si anciennes et si intimes que nous craignons de perforer l'intestin, et nous l'abandonnons à la cicatrisation spontanée ; mais, dans nos efforts pour le dégager, nous ouvrons une seconde cavité purulente, située en arrière et en dehors du cæcum. Nous désinfectons, nous drainons ces deux cavités avec de la gaze iodoformée. Le résultat a été superbe, et ce matin nous recevons une lettre du médecin qui nous annonce une cicatrisation presque complète.

Ces deux cas, observés coup sur coup, nous ont remis en mémoire un troisième fait recueilli en novembre dernier : nous fûmes appelé auprès d'un garçonnet de quinze ans qui, depuis un an environ, souffrait parfois du ventre. Un jour, après une chute de vélocipède, il perçoit une douleur soudaine dans le flanc droit ; il est pris de coliques intenses, de fièvre, de vomissements. Les premiers symptômes s'apaisent, mais au neuvième jour l'état général était mauvais, et le docteur Brissaud constate une tuméfaction légère, non pas dans la fosse iliaque, mais plus haut, sur une ligne allant de l'épine antéro-supérieure à l'ombilic. J'enfonce en ce point la seringue de Pravaz et j'en retire du pus. Je pratique alors une large incision après anesthésie à la cocaïne, et un quart de verre de pus fétide s'écoule au dehors. Les parois de la collection étaient formées par les anses intestinales agglutinées et protégées par des néomembranes peu épaisses.

L'amélioration fut immédiate. Mais au bout de huit jours de nouveaux accidents éclatent, et nous trouvons en arrière, dans la région rénale, un soulèvement des plus nets. J'endors le malade ; je rouvre la plaie antérieure ; je déchire quelques néomembranes et je vois sourdre du pus ; j'introduis par cet orifice une sonde cannelée qui me conduit sur la paroi abdominale postérieure, où je fais une large contre-ouverture par où s'échappe un demi-litre de pus au milieu duquel flottait du tissu sphacélé dont je ne sus pas alors déterminer l'origine, mais qui devait être l'appendice vermi-

forme gangrené. Quoi qu'il en soit, la guérison fut rapide, et le garçon, maladif jusque-là, est devenu fort et robuste.

Ces trois observations mettent sous nos yeux les deux variétés principales des accidents que provoque la perforation du processus vermiforme, et nous pouvons, avec elles, reconstituer toute l'histoire de l'appendicite et de ses complications. La pathogénie de cette affection est maintenant très bien connue : des corps étrangers, pépins, noyaux, débris d'os, surtout matières fécales durcies, franchissent la valvule de Gerlach et pénètrent dans l'appendice ; elles y déterminent une irritation des parois et une hypersécrétion de la muqueuse ; si la valvule de Gerlach ne cède pas et s'oppose à l'évacuation dans le cæcum, s'il se forme une coudure, des adhérences qui rétrécissent le processus à sa base et retiennent dans sa cavité distendue, corps étrangers et substances sécrétées, une véritable tumeur se produit ; la tunique interne s'ulcère d'autant plus facilement que la distension des parois comprime les vaisseaux et ralentit la circulation sanguine ; les microbes pathogènes de l'intestin peuvent ajouter leur effet nuisible en inoculant les tissus ; une plaque gangreneuse se forme, et lorsque le mort se sépare du vif, la perforation survient.

Deux alternatives peuvent alors se produire : ou bien l'appendice vermiforme, sans adhérences, libre dans la séreuse, verse ses produits septiques dans le péritoine et provoque une inflammation généralisée comme dans la première de mes observations ; ou bien, sous l'influence de l'irritation que les corps étrangers provoquent dans le processus, des néomembranes l'enveloppent qui le font adhérer aux organes voisins, cæcum, anses de l'intestin grêle, péritoine pariétal, et les matières infectieuses pénètrent dans ces néomembranes, s'y infiltrent et amènent la formation d'une collection qui, bien que intrapéritonéale, est limitée et séparée du reste de la séreuse ; aussi celle-ci est-elle soustraite à l'inflammation ; la péritonite est localisée et représente ce qu'on appelait autrefois les abcès de la fosse iliaque. Nos deux dernières observations appartiennent à cette variété.

Dans nos trois cas, nous avons eu recours à l'incision : en effet, les observations qu'on publie de toutes parts prouvent que l'ouverture large et hâtive est la seule méthode efficace. Certes, dans notre premier fait, le résultat n'a pas été brillant, et nous avons pu nous convaincre, par la lecture de nombreux mémoires sur ce sujet, que la terminaison fatale est de règle lorsque, comme dans notre cas, la péritonite se généralise d'emblée ; il n'en faut pas moins intervenir, et un succès peut être obtenu si on opère dans les trois premiers jours ; on cite plusieurs guérisons à la suite de ces inter-

ventions rapides, et Max Schuller entre autres en a publié une fort remarquable.

Même incision rapide dans les cas de péritonite localisée, d'abcès pérityphlitiques. Ici l'urgence est moindre, puisque la séreuse est protégée par des néomembranes préexistantes ; mais il ne faut pas oublier que l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine, dans les vaisseaux du hile du foie, dans la plèvre, dans une anse intestinale et provoquer des complications redoutables ou mortelles : péritonite généralisée, pyléphlébite suppurée, hépatite, pleurésie, et même, lorsqu'il perfore la peau, il peut avoir pour conséquence une fistule pyostercorale rebelle et qui nécessitera plus tard une intervention chirurgicale pleine de dangers. Pour éviter ces complications aussi bien que pour assurer une guérison plus sûre et plus rapide, on aura recours à l'incision précoce.

On peut la pratiquer dès le second jour. Au bout de quarante-huit heures, nous dit Roux (de Lausanne), dans un récent mémoire riche de faits bien observés, les adhérences protectrices sont assez solides pour isoler le foyer purulent du « sac péritonéal ». Mais quelle sera cette incision? Ici les divergences commencent, et les auteurs sont loin d'être d'accord. On a préconisé la laparotomie médiane, l'incision sur le bord externe du droit de l'abdomen, enfin l'incision oblique, parallèle au ligament de Fallope dans sa moitié inférieure, puis continuant en dehors la même direction, au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. C'est à cette dernière incision, préconisée par Roux, que nous avons eu recours, et nous croyons qu'elle est la meilleure dans la plupart des cas.

Prenons les diverses variétés d'accidents que provoque la perforation: lorsque la péritonite est généralisée d'emblée, on pourrait recourir, comme on l'a proposé, à la laparotomie médiane, qui permet de laver toute la séreuse. Nous croyons cependant qu'en pareil cas, l'incision oblique dans le flanc droit est préférable ; en effet, si l'abcès est déjà enkysté, comme dans notre cas, on l'évacue sans souiller le reste de la séreuse ; on arrive directement sur le foyer primitif, qu'on lave et désinfecte beaucoup plus facilement ; on peut mieux réséquer l'appendice que l'on a véritablement sous la main. Du reste, rien n'empêche, dans ces cas redoutables, de pratiquer en outre une laparotomie médiane pour désinfecter le reste de la séreuse, si on croit cette opération nécessaire. C'est du moins le conseil de Max Schuller, qui pense, comme nous, que l'incision de la fosse iliaque est avant tout indiquée.

Lorsqu'il s'agit de péritonite localisée, d'abcès pérityphlitique, l'incision oblique nous semble de rigueur : l'observation prouve que dans l'immense majorité des cas on ouvre le foyer principal, et

l'on tombe sur l'appendice, que l'on résèque sans difficulté. Et puis les abcès sont presque toujours multiples, presque toujours il en est un qui se dirige en arrière et en dehors du cæcum, et le prolongement de l'incision oblique au-dessus du ligament de Fallope permet d'ouvrir cette seconde collection purulente. Dans notre troisième observation, alors que l'opération fut faite avant que nous connussions l'appendicite, n'avons-nous pas évacué en deux fois ce qu'une seule incision bien faite nous eût permis de vider en une seule ?

Il est des cas cependant — et dans un récent mémoire Gerster insiste beaucoup sur ce point — où l'abcès pérityphlitique n'adhère pas à la paroi abdominale, ou n'y adhère pas en bas, près du ligament de Fallope, et par conséquent l'incision oblique, que nous préconisons après Roux, ouvrirait le péritoine et non la collection purulente. Gerster décrit une variété « antérieure » où l'abcès se fait très haut, vers l'ombilic. Notre troisième observation est un cas de ce genre. Nous avons dû ouvrir très haut, sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. La voussure et la ponction exploratrice nous indiquèrent le lieu précis de l'incision.

Mais cette voussure peut ne pas exister, et la ponction exploratrice est alors dangereuse, car parfois elle traverse l'intestin, pénètre en un point où la séreuse est libre d'adhérence, et peut, par conséquent, inoculer cette séreuse ; le pus y fuse et provoque une péritonite ; d'ailleurs, cette ponction est souvent infidèle et ne ramène pas de pus, bien que la collection soit déjà bien formée. Aussi, dans ces cas douteux, Gerster propose de faire une laparotomie médiane, d'introduire la main, de chercher le point où est l'adhérence et de la fixer, tandis qu'avec l'autre main et de dehors en dedans on perce la peau avec une aiguille aspiratrice qui servira de guide au bistouri pour pratiquer une incision suffisante. L'auteur cite des cas où cette pratique lui a été fort utile.

Une deuxième forme exceptionnelle de Gerster est la collection « postérieure ». Ici l'adhérence se fait en arrière, et c'est au-dessus de la crête iliaque qu'il faut pratiquer l'ouverture. Les abcès postérieurs sont fréquents, mais ils se combinent assez souvent avec des abcès antérieurs : c'est ainsi que, dans notre troisième observation, nous dûmes, après notre première incision en avant, en pratiquer une deuxième en arrière pour évacuer la collection énorme qui s'était amassée en arrière et en dehors du cæcum.

La forme « rectale » est tout à fait rare ; l'appendice est parfois anormalement situé ; il plonge dans le petit bassin et, s'il se perfore, il provoque la formation d'un abcès ; dans ce cas, Gerster

propose l'ouverture par le rectum et aurait, dans un cas, obtenu la guérison.

Enfin, il décrit une forme « mesocæliaque » où le pus se serait amassé au miliou même des anses intestinales, sans connexion avec la paroi abdominale antérieure et postérieure. Nous avons, avec MM. les docteurs Pibret, Le Dentu et Verneuil, observé un tel fait chez un marchand de tableaux ; l'abcès, profondément situé, en dehors, en bas et à droite de l'ombilic, finit par s'ouvrir dans l'intestin, et la guérison fut obtenue, mais au bout d'un an seulement et après de graves alternatives. Aussi pensons-nous, avec Gerster, que le mieux en ce cas serait de faire une laparotomie le long du bord externe du droit antérieur, d'ouvrir le péritoine, de séparer discrètement et avec des précautious infinies deux anses agglutinées; dès que par un petit orifice sourdrait le pus, on l'étancherait avec soin pour qu'il n'infecte pas le péritoine; lorsqu'il serait bien tari, on élargirait l'ouverture, et l'on désinfecterait bien la cavité, que l'on drainerait à la façon de Mikulicz avec de la gaze iodoformée.

Telles sont les diverses modifications que l'on doit faire subir à l'incision dans les formes exceptionnelles ; mais une dernière question se présente, fort discutée à l'étranger. L'appendicite n'est pas encore perforée ; mais elle existe, elle se traduit par des crises plus ou moins aiguës. Dans cette période, quelle conduite le chirurgien doit-il tenir ? Les outranciers proposent d'ouvrir immédiatement le ventre, de chercher l'appendice et de le réséquer. Mais on fait remarquer que l'opération est souvent inutile, puisqu'il est des cas où l'appendicite guérit toute seule ; les corps étrangers et les sécrétions forcent la valvule et s'évacuent dans le cæcum. Et puis, et surtout, cette opération peut être dangereuse, on peut inoculer la séreuse, et nous avons relevé dans les recueils plusieurs cas où la mort a suivi de près l'intervention; parfois l'appendice est tellement entouré de néomombranes qu'on ne peut l'en dégager, et l'on doit refermer le ventre sans avoir extirpé l'organe malade ; il en est de même lorsque le processus adhère intimement à une anse intestinale que l'on craint de déchirer, à l'uretère, à un gros vaisseau. Enfin, à la suite de l'opération, il se fait souvent des adhérences avec brides sur lesquelles l'intestin pourra s'étrangler.

Aussi la plupart des chirurgiens nous paraissent d'avis de n'intervenir qu'à bon escient; il ne suffit pas qu'une fois une douleur plus ou moins vive se montre sur l'appendice pour décider une ablation, et l'on n'opérera que si les crises se répètent, si elles paraissent graves, si une petite tumeur existe et fait craindre que le processus distendu ne se crève. Dans ce cas, comme la périto-

nite généralisée est toujours à craindre, il faut aller de l'avant ; on ouvrira le ventre par l'incision oblique dont nous avons parlé ; on dégagera prudemment l'appendice de ses adhérences ; on l'ouvrira entre deux ligatures, après avoir protégé par des éponges aseptiques les tissus sous-jacents ; on excisera et on suturera par un double plan de sutures au catgut. Les Américains n'en sont plus à compter les cas où cette opération a été couronnée de succès.

Rapport.

Hémorrhagie générale du corps vitré. Ophthalmotomie antérieure. Guérison.

Rapport par M. Delens.

Messieurs, il y a quatre ans, M. le Dr Rolland vous avait déjà adressé une observation d'hémorrhagie générale du corps vitré, dans laquelle l'ophthalmotomie dite postérieure, c'est-à-dire l'incision de la sclérotique et des autres membranes dans la région équatoriale de l'œil lui avait donné un succès. Aujourd'hui, il nous envoie un exemple d'un accident semblable, guéri par la simple ponction de la cornée (ophthalmotomie antérieure). C'est de ce fait que je suis chargé de vous rendre compte.

Voici l'observation de M. le Dr Rolland :

Le 1er juin 1890, le Dr Fauré, de Loubens (Haute-Garonne), adresse à M. le Dr Rolland un de ses clients, M. B..., qui, vingt-cinq jours auparavant, avait été atteint dans la région antérieure de l'œil gauche par une pointe violemment projetée par le choc d'un marteau qu'il manœuvrait lui-même.

M. B... éprouvait dans l'œil gauche et dans la région orbitaire des douleurs atroces qui le privaient de tout repos.

La tension de l'œil était considérablement augmentée ; cet organe avait la dureté d'une bille de marbre. Les paupières, principalement la supérieure, étaient œdématiées ; entr'ouvertes avec difficulté, elles laissaient échapper un flot de larmes.

Au travers de la cornée, insensible et légèrement dépolie à son centre, on apercevait la chambre antérieure complètement remplie de sang coagulé. La conjonctive bulbaire, œdématiée, très rouge, très irritée, présentait dans sa région externe, à cinq millimètres environ du limbe scléro-cornéen, la cicatrice d'une plaie déchiquetée, soulevée par une tumeur de la dimension d'un petit pois.

Toute vision était éteinte, toute perception lumineuse même disparue. M. B... avait fait le sacrifice de son œil et avait pour prin-

cipal désir d'être débarrassé de ses souffrances, qui l'empêchaient de vaquer à ses travaux habituels.

La présence du sang dans la chambre antérieure rendant impossible l'exploration du fond de l'œil, M. le Dr Rolland prit la résolution, avant de faire, comme en 1886, une ophthalmotomie postérieure, de vider tout d'abord la chambre antérieure.

En présence d'un de ses aides, M. Rousseau, et de l'oncle de l'opéré, il ouvrit largement la chambre antérieure, en introduisant à l'extrémité externe du diamètre horizontal de la cornée, non pas une aiguille à paracentèse, mais bien un très grand couteau lancéolaire qui fut retiré très lentement pour éviter une détente brusque, une subluxation du cristallin, une hernie de l'iris.

A l'aide d'une spatule en écaille, bien aseptique, il entre-bâilla six fois de suite, à cinq minutes d'intervalle environ, l'ouverture faite pour évacuer le sang et l'humeur aqueuse sanguinolente. Il en sortit environ la moitié d'un dé à coudre.

Une heure après la dernière évacuation de la chambre antérieure, M. Rolland procéda à l'examen de l'œil, qui avait été recouvert d'une compresse imbibée d'eau stérilisée, et constata la présence, en arrière de l'iris, d'un vaste épanchement de sang masquant totalement les parties profondes de l'œil. La vision était encore supprimée. La pupille ne réagissait plus sous l'influence de la lumière ; le malade éprouvait néanmoins un bien-être considérable.

Pensant que l'amélioration rapide obtenue dans la première observation était due à la diminution de la tension intra-oculaire, M. Rolland prit le parti, avant d'infliger à l'œil un deuxième traumatisme, la ponction du corps vitré telle qu'il l'avait pratiquée en 1886, d'attendre pendant plusieurs jours le résultat de sa première intervention, et appliqua un pansement compressif.

Le lendemain, M. B... était tout heureux. La nuit avait été excellente. Il avait dormi d'un sommeil dont il était privé depuis son accident. Le pansement fut levé.

Les paupières étaient à peine œdématiées. La tension de l'œil était normale ; l'irritation conjonctivale diminuée. La pupille se contractait à demi. M. B... comptait, avec bonheur, les doigts à 50 centimètres.

Le sulfate neutre d'ésérine fut instillé dans le but de diminuer encore la tension.

Le 4 juin, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, la vision était meilleure encore. Le malade n'éprouvait aucune souffrance. L'exploration du fond de l'œil était redevenue possible.

M. B... fut autorisé à se rendre chez lui pour y attendre le retour total de sa vision qui, à cette heure, paraissait certain. Il fut engagé seulement à instiller dans l'œil une goutte, matin et soir, de sulfate neutre d'ésérine.

Le 17 juin, M. le Dr Fauré donnait des nouvelles de l'opéré dans les termes suivants :

« Je suis tout heureux de pouvoir vous dire que M. B... est complètement guéri et qu'il ne reste absolument rien de sa maladie.

L'œil est exactement semblable à l'autre, et la vue est revenue tout à fait ce qu'elle était avant l'accident. Ce résultat est vraiment admirable, et je suis très heureux de vous le signaler. »

Après avoir relaté ce beau succès, M. le Dr Rolland pose les conclusions suivantes :

« La guérison des hémorrhagies générales du corps vitré, d'origine traumatique, réputée impossible par les moyens médicaux, est devenue possible, grâce à l'ophthalmotomie.

« Cette opération peut être pratiquée soit sur le segment postérieur de l'œil, soit sur le segment antérieur. Dans les deux cas, la restauration de la vision totalement perdue a été rapidement obtenue, et de la façon la plus complète. »

La conduite de M. le Dr Rolland dans l'observation que nous venons de rapporter n'a pas besoin d'être justifiée et mérite toute approbation. Nous préférons, pour notre part, l'incision de la cornée à l'incision simultanée de la sclérotique, de la choroïde et de la rétine que nécessite l'ophthalmotomie postérieure. Cette dernière, en effet, même dans les cas où elle procure une évacuation immédiate de l'épanchement sanguin, donne lieu à une cicatrice qui réunit ultérieurement les trois membranes dans une adhérence commune dont les effets ne sont peut-être pas sans inconvénients pour l'avenir. Avec la large ponction cornéenne, rien de semblable ne se produit. Mais sera-t-elle toujours suffisante ? Pourra-t-on toujours espérer un résultat aussi heureux ? Il est permis d'en douter.

M. le Dr Rolland s'est trouvé en présence d'un cas où, malgré la nature du traumatisme et la présence encore constatable de la plaie scléroticale, l'œil n'était pas infecté. Malgré les douleurs ciliaires, malgré les signes d'irritation extérieure vive de l'œil, il n'existait évidemment pas d'irido-choroïdite, mais plutôt un état glaucomateux. Ce sont là des conditions favorables et qui ne se rencontrent pas le plus ordinairement.

Mais, alors même que ces complications existeraient déjà, nous pensons que l'évacuation du sang contenu dans la chambre antérieure doit être toujours tentée avec les précautions antiseptiques, et qu'elle donnera des résultats supérieurs à ceux que procure la temporisation.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer dans nos archives l'observation dont je viens de vous donner la relation.

Rapport.

Sur une lettre adressée par M. Laroyenne, de Lyon, à M. le Secrétaire général.

Rapport par M. Polaillon.

La communication faite par M. Bouilly à la Société de chirurgie, le 2 juillet, sur l'incision par le vagin des abcès de la trompe et de l'ovaire, fournit à M. Laroyenne l'occasion de rappeler la conduite qu'il a recommandée dans toutes les collections pelviennes accessibles par le vagin.

Il faut les inciser largement dans une étendue de trois à cinq centimètres. Un trocart cannelé, qui permet d'éviter tout tâtonnement pour retrouver l'ouverture conduisant à l'épanchement, facilite singulièrement le débridement de la poche.

M. Laroyenne n'a pas saisi les causes de la contre-indication de l'incision vaginale dans les tumeurs bilatérales. Il ne se passe pas de semestre où il ne pratique cette incision des deux poches, le plus souvent par une unique ouverture du vagin.

Les fistules consécutives à une large intervention ne sont point fréquentes, loin de là. En général on est même obligé de lutter contre l'occlusion trop hâtive de la plaie avant le retrait et la cicatrisation complète de la poche. Pour activer ce dernier travail, l'auteur introduit depuis quelque temps dans la cavité un ou plusieurs fragments de crayon de chlorure de zinc au cours du traitement par la mèche de gaze iodoformée et les lavages évacuateurs. L'avenir décidera si l'emploi de ce caustique a quelque utilité.

Mais un point important, souvent même indispensable de la technique opératoire de l'incision vaginale, passé sous silence devant la Société, consiste dans l'introduction d'une éponge dans la cavité. Cette éponge unique, fine, d'un tissu compressible parfaitement élastique, du volume en moyenne d'une orange, est portée hardiment, à l'aide d'une pince, dans l'ouverture qui vient d'être faite, de manière à y être étranglée dans sa partie moyenne par les lèvres de la plaie. Une de ses extrémités est perdue dans la poche, l'autre fait saillie en avant dans le vagin. L'hémorrhagie est arrêtée instantanément ou on ne la voit jamais persister après ce tamponnement. L'éponge est retirée deux ou trois jours après son application.

L'auteur prétend que les incisions vaginales se généraliseront, à la condition pourtant de n'être point effrayé d'une perte de sang

souvent abondante, mais facile à arrêter. Elles se généraliseront parce qu'elles sont innocentes, dit-il, parce qu'elles guérissent, dans un bon nombre de cas, l'affection à laquelle elles s'adressent, et parce qu'elles ne s'opposent pas à la laparotomie, si plus tard celle-ci est jugée indispensable. Ainsi, parmi ses ablations d'annexes, deux ont été pratiquées avec succès et sans difficulté sur d'anciennes malades incisées auparavant.

Communication.

Fracture des quatre derniers métatarsiens. Gangrène. Glycosurie. Résection de ces quatre métatarsiens avec conservation du petit orteil. Marche facile.

Par M. Maurice Hache, professeur de chirurgie à la Faculté de Beyrouth.

François M..., âgé de 25 ans, officier mécanicien des Messageries maritimes, entre à l'hôpital français de Beyrouth le 13 janvier 1890.

Sept jours auparavant, son pied gauche avait été écrasé par le bord tranchant d'un seau à charbon, pesant environ 30 kilogrammes, tombé à terre.

A son entrée, je constate une gangrène complète des 3e et 4e orteils et d'une partie de la peau du dos et de la plante du pied. Sur la plante, la partie sphacélée a la forme d'une bande de deux travers de doigt de largeur, qui s'étend jusqu'au niveau de l'interligne de Lisfranc. Sur le dos du pied, le sphacèle est plus étendu et comprend tous les téguments depuis le 2e métatarsien jusqu'au bord externe du pied ; il s'arrête aussi en arrière à l'interligne de Lisfranc.

En outre, il existe une fracture des quatre derniers métatarsiens et de la première phalange du pouce, dont la peau est également mortifiée jusqu'à un travers de doigt de l'articulation métatarsienne.

L'état général est assez mauvais, le malade a de la fièvre à exaspération vespérale et son urine contient 4 grammes de sucre par litre.

Sous l'influence de pansements humides et de pulvérisations phéniquées, les parties gangrenées s'éliminent, et en huit jours la glycosurie disparaît, grâce à l'administration de 4 grammes de bromure par jour, avec un régime alimentaire peu sévère.

Au bout de quinze jours, l'état général s'est suffisamment relevé; l'appétit est bon, la gangrène est définitivement bien limitée. J'interviens le 31 janvier.

1° Ablation des parties sphacélées qui comprennent toute l'épaisseur des parties molles du pied dans les limites indiquées plus haut ; après leur ablation, il existe une grande perte de substance divisant le pied en deux moitiés dont l'externe, qui n'a qu'une largeur de trois travers de doigt, est formée par la peau plantaire doublée des muscles du petit orteil.

Dans le fond de cette plaie sont les extrémités irrégulièrement fracturées des quatre derniers métatarsiens. Le second et le cinquième orteils sont intacts, mais flottent sans aucun appui osseux.

2° Après régularisation de l'extrémité de la première phalange du gros orteil, déjà en partie recouverte par la peau, désarticulation des quatre métatarsiens fracturés.

Cette ablation osseuse permet le rapprochement des deux moitiés du pied. L'affrontement est facilement obtenu du côté de la plante sans trop de traction, mais il reste sur le dos du pied une perte de substance cutanée qui correspond à la moitié de l'avant-pied.

3° Pour combler une partie de cette perte de substance, le second orteil est désossé, et sa peau, fendue sur la face dorsale, est rabattue et suturée sur la perte de substance dont elle recouvre à peu près le cinquième interne.

Le petit orteil ne peut être utilisé de même, le malade ayant formellement exigé sa conservation.

Sutures au fil d'argent du côté de la plante du pied. Pansement sec iodoformé.

Suites opératoires très simples. Réunion profonde obtenue partout, désunion superficielle des lèvres de la plaie plantaire. La plaie dorsale se rétrécit rapidement en attirant la peau plantaire, grâce à la disparition du squelette de l'avant-pied.

Le 5 avril, au bout de deux mois, il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle de 3 centimètres sur 2.

L'avant-pied dans son ensemble est arrondi, et la plante mesure 6 centimètres de largeur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du premier orteil; du côté sain, elle mesure au même niveau 9 centimètres et demi. La circonférence présente peu de différence, elle est de 21 centimètres du côté malade et de 22 du côté sain.

La déformation ne porte, bien entendu, que sur la région métatarsienne, et le cou-de-pied reprend sa forme normale à partir du cuboïde, qui forme sur le bord externe du pied une assez forte saillie.

Le malade peut s'appuyer facilement sur la plante du pied et commence à marcher avec une canne. L'appui se fait surtout sur l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil, et aussi sur un coussinet formé par le lambeau plantaire externe à 3 centimètres du bord antérieur du cuboïde.

Le 5e orteil s'est logé dans un angle entre le lambeau plantaire et la peau fournie par le 2e orteil. Il ne prend aucun point d'appui sur le sol, mais est assez protégé par la saillie des parties voisines pour ne pas devoir gêner le malade quand il portera des chaussures.

Le 27 mai, quatre mois après l'opération, le malade m'écrit qu'il marche assez facilement et qu'il pense reprendre bientôt son service.

Le moulage du pied, fait à la fin du mois de juillet, montre le résultat obtenu.

Communication.

Résection du genou. Statistique de quarante-quatre cas. Procédés opératoires.

Par le Dr J. Lucas-Championnière.

La résection du genou peut être considérée comme le type le plus intéressant et le plus complet des résections à pratiquer pour les tumeurs blanches. Elle est particulièrement intéressante parce qu'elle a été longtemps une opération dangereuse donnant un membre peu utile, tandis qu'elle doit être une opération de suites heureuses aussi bien pour la sécurité que pour le bon fonctionnement du membre.

Elle est particulièrement intéressante pour le traitement des tumeurs blanches, d'abord parce que c'est une des résections qui permettent une ablation complète des foyers tuberculeux. On enlève au genou les foyers osseux et périphériques comme il est impossible de le faire à la hanche ou même au pied. Quant aux mouvements, le problème est plus simple au genou que pour les articulations dont on cherche à retrouver les mouvements. On a bien rêvé quelquefois d'obtenir après une résection du genou une nouvelle articulation mobile comme on le fait pour d'autres articulations. Mais si on étudie attentivement les conditions de la marche sur le membre raccourci, la difficulté d'obtenir avec de la mobilité une solidité latérale suffisante, on conçoit bien vite que cette recherche n'aurait qu'un avantage tout théorique, et que l'intérêt unique de l'opéré est d'obtenir une bonne colonne de soutien, bien rigide, bien solide, et dans laquelle aucun foyer nouveau de tuberculose n'ait chance de se développer.

En effet, longtemps le problème poursuivi par la résection du genou était seulement de faire cette opération sans que le malade mourût. On cherchait à lui éviter l'amputation, et s'il n'était point mort, même s'il ne se servait point ou très mal d'un membre impuissant troué de fistules, on considérait cette intervention comme un succès. Et pour arriver à ce misérable résultat, il fallait des mois et des années de soins assidus pendant lesquels la vie du malade était remise en danger à chaque instant. Sans l'avènement de la chirurgie antiseptique, la résection du genou restait sans avenir, et malades et chirurgiens y auraient habituellement renoncé pour l'amputation.

Nous sommes heureusement loin de là. Voici, par exemple, mes

résultats immédiats et définitifs. J'ai fait quarante-quatre résections du genou, dont une seule pour une affection autre que tumeur blanche. C'est un chiffre considérable, et je crois qu'en dehors de MM. Ollier et J. Bœckel aucun chirurgien français ne peut présenter une séric aussi longue.

Comme résultat pour la vie des malades, je n'en ai perdu aucun. Le plus mauvais cas de tous s'est présenté chez un sujet qui, selon moi, devait être amputé. J'ai cédé aux instances de mon collègue et ami M. Terrier, qui n'avait pu décider le sujet à l'amputation. Le malade a guéri, a été cicatrisé, a récidivé, a été amputé et est mort après cinq mois de la tuberculose pulmonaire, déjà si avancée au moment de la résection, qu'on craignait beaucoup pour le chloroforme. Ainsi, même malgré ces conditions misérables, la résection avait eu un excellent résultat pour la santé générale et locale.

Quatre sujets ont présenté des accidents locaux à brève échéance. Un sujet a suppuré, et je lui ai amputé la cuisse six semaines plus tard. Il a parfaitement guéri. Cet échec pourrait être dû aussi bien à l'extrême gravité des lésions locales qu'à un essai malheureux de ouate de bois. La sécurité de mes opérations a complètement changé depuis que j'ai employé régulièrement la ouate de tourbe du docteur Redon.

Un malade revu au bout de deux ans avait une petite fistule et de la tuberculose très avancée. C'était un sujet qui n'avait jamais voulu se laisser soigner et qui avait quitté l'hôpital bien avant d'être guéri. Il eût passé autrefois pour un très beau succès de résection.

Enfin deux enfants ont présenté de la suppuration et ont conservé assez longtemps des fistules. J'attribue le fait à ce que j'ai dû faire chez eux des opérations trop économiques. En revanche, chez tous les deux, le membre continue à s'accroître, et avec du temps et de la patience ils auront conservé un membre utile au lieu d'avoir subi une amputation. Tous les autres sujets sans exception ont eu des membres utiles, et cela souvent dans des conditions si parfaites qu'on ne se serait pas cru autorisé à leur faire espérer.

Il faut avoir suivi ces malades pour bien se rendre compte de l'utilité du membre réséqué, de la perfection de fonction à laquelle il peut arriver. Le raccourcissement du membre raide est pour eux un sérieux avantage, et il faut bien se garder de chercher à le corriger complètement par un appareil orthopédique. Aussitôt que le membre est restitué en bonne forme et privé de ses foyers tuberculeux, on voit les muscles se développer à nouveau, et des groupes qui paraissaient voués à une atrophie définitive prennent une grande valeur. Cela se produit en vertu d'une loi sur laquelle je

ne cesse d'attirer l'attention de mes élèves. Toutes les fois qu'on rend à un muscle ou à un groupe musculaire des insertions solides et se rapprochant de ses insertions normales, on le voit se développer et fonctionner à nouveau, même quand on aurait observé tous les signes d'une atrophie complète et qu'on croyait évidemment irrémédiable.

Ce retour aux fonctions du membre se fait plus ou moins vite, selon la bonne volonté du malade et suivant son habileté. Mais il peut être très rapide ; j'ai observé une jeune femme qui marchait très bien au bout de deux mois et qui m'a raconté depuis que, malgré ma défense, elle avait quitté son lit plusieurs fois après le premier mois. Mais ce doit être un cas exceptionnel, et je n'aime pas que les sujets essayent de s'appuyer sur le membre opéré avant deux mois.

Mais depuis le moment où l'opéré commence à s'appuyer sur le membre soutenu par un appareil inamovible jusqu'à celui où il marche convenablement, il s'écoule un temps très variable qui dépend non seulement de l'habileté du malade à s'exercer, mais de l'étendue de l'intervention, de la nature des lésions, et surtout de l'âge du sujet.

En effet, bien que j'aie pratiqué la résection du genou sur un sujet de plus de cinquante ans, je considère que c'est surtout une bonne opération chez un sujet jeune, et les meilleures conditions se trouvent réunies entre dix-huit et trente ans.

Si les os étaient très ramollis, la consolidation est beaucoup plus lente à venir, et quelquefois il est prudent d'appliquer plusieurs appareils inamovibles avant d'obtenir une solidité vraiment utile. Dans la grande généralité des cas, c'est entre trois et cinq mois que la marche commence à être bonne. Ensuite, par l'usage, le sujet peut obtenir des services très complets de ce membre. J'ai eu un opéré qui, resté comme infirmier dans la salle, cirait et frottait le parquet sans fatigue au bout de cinq mois.

Du reste, l'examen direct du membre peut facilement vous convaincre que les masses musculaires reprennent leur volume très rapidement, après le moment où les mouvements ont été permis.

J'insiste sur ce fait que mes opérés, sauf les cas que j'ai signalés d'abord, n'ont pas présenté de fistules ; il est de la plus haute importance.

Les conséquences les plus frappantes sont celles que l'on observe à propos de la santé générale et de l'état des poumons. On a dit que le fait de pratiquer sur les tuberculeux une opération partielle dont la résection est le type expose à l'aggravation des accidents pulmonaires et même à l'éruption d'accidents soudains

de tuberculose aiguë. Or, c'est absolument le contraire que j'ai observé. Chez tous les malades que j'ai opérés sans exception, j'ai vu l'état général s'améliorer, même chez le sujet misérable que j'ai cité et qui mourut au bout de cinq mois. Sous l'influence de la suppression de ces grands foyers de tuberculose, ces sujets se transforment à vue d'œil, et non seulement les lésions pulmonaires ne se développent pas du fait de l'opération, mais on voit souvent guérir celles qui existaient. Un bon nombre de mes sujets sont dans ces conditions, mais chez aucun ce ne fut plus remarquable que chez le n° 18, qui avait des lésions pulmonaires si avancées que mes internes me dissuadaient de l'opérer. Il eut une hémoptysie violente chaque jour pendant les dix jours qui suivirent l'opération. Or, plus de trois années se sont écoulées depuis l'opération, e cet homme, qui ne tousse plus du tout, qui a, provisoirement au moins, toutes les apparences de la santé, fait son métier de commissionnaire aux Halles, en se fatigant sans cesse et gagnant très convenablement sa vie.

Mais je le dis immédiatement, pour compter sur ces résultats en ce qui concerne la santé générale et l'état des poumons, il ne faut pas pratiquer l'opération comme on l'a longtemps pratiquée et commo beaucoup de chirurgiens la pratiquent encore. Ce doit être une opération exacte, minutieuse, totale, ne laissant rien à la guérison de la tuberculose locale. Et l'on peut être assuré, par exemple, que les chirurgiens qui observent dans leur pratique la présence fréquente de fistules ne peuvent offrir les mêmes résultats. Ce qui fait que la résection du genou est le prototype parfait de bonnes opérations partielles pour tuberculose, c'est qu'elle pout être complète. C'est aussi que bien faite, elle ne doit pas suppurer. On a pu et on peut encore obtenir des résultats malgré la suppuration des plaies, mais ils sont misérables à côté de ceux qu'une opération bien faite peut donner.

Un autre avantage de l'opération telle que je la pratique depuis longtemps, c'est de ne pas être douloureuse. En effet, une fois le malade opéré et placé dans l'appareil inamovible dont il ne sera plus retiré, il ne souffre guère que le premier jour et encore dans de très minimes proportions. Ce n'est pas là un point sans importance, et j'y reviendrai à propos de la médecine opératoire.

Au début, j'ai fait, comme tous les chirurgiens: j'ai multiplié les pansements. J'ai même inventé une attelle pour les rendre plus commodes, et elle m'a rendu de véritables services lors de mes premiers essais. Mais il y a bien longtemps que j'ai simplifié tout cela, et mon matériel est aujourd'hui réduit à sa plus simple expression.

Après avoir nettoyé la région, comme je le fais d'habitude, je place la bande de caoutchouc nécessaire, d'une part, parce que l'opération doit être très longue, et, d'autre part, parce que la recherche des fongosités est beaucoup facilitée par son emploi.

Je découvre le genou par une incision courbe à convexité inférieure. Sans tenir beaucoup à la forme de l'incision, je trouve que celle-ci a l'avantage de découvrir très largement la région, surtout si on a bien soin de la mener très loin sur les côtés. En outre, le lambeau ainsi formé recouvre très bien, comme un couvercle, la région qui a été le siège de l'opération. Je ne fais même aucune excision de peau, de façon à ce que dans l'avenir cette protection soit aussi complète que possible.

Je découvre les os et toutes les parties malades dans les trois quarts antérieurs, sans les disséquer par derrière. On va voir pourquoi. Si des fongosités s'étalent, en avant, en haut ou en bas de l'articulation, s'il y a des foyers caséeux en dessus ou en dessous, je commence à les traiter avant l'excision des os. Ce nettoyage sera bien plus parfait en y procédant avant que les sections osseuses aient brouillé l'aspect des parties. On reviendra plus tard sur tout ce qui se prolonge en arrière. Je scie les os d'avant en arrière, et seulement environ aux trois quarts de leur profondeur, en commençant d'ordinaire par le fémur. Je retire alors la scie et, plaçant dans la voie de la scie un ciseau très large de mon invention, je fais sauter d'un seul coup de maillet le point qui a été ménagé par la scie. Cette manière de procéder a d'abord l'avantage de la rapidité. Elle a aussi celui de conserver intacts tous les tissus fibreux de la face postérieure de l'articulation. Si les productions morbides les pénètrent on les poursuit une fois les os sautés.

On procède pour le tibia comme pour le fémur, et on coupe les deux os par tranches jusqu'à ce qu'on soit en tissu bien sain. Ceci doit être fait hardiment, en tâchant de ne pas trop réduire la hauteur du fémur pour ne pas arriver jusqu'à la diaphyse. Pour le tibia, il m'est arrivé souvent de descendre jusqu'à travers la tête du péroné et d'avoir ensuite une marche très satisfaisante. On voit alors si les os s'ajustent ; on les recoupe s'il est nécessaire ; on complète et on arrondit les sections avec les pinces coupantes de façon à n'avoir plus à revenir aux os. Il peut arriver que les os soient pénétrés par des foyers osseux qui vont si loin qu'il n'y aurait plus de résection possible si on voulait dépasser leur hauteur ; on peut alors les creuser et les nettoyer avec soin. Chez le sujet aux hémoptysies dont j'ai parlé, j'étais ainsi remonté à une hauteur considérable dans le fémur.

Les os enlevés, commence le travail le plus difficile et le plus mal fait en général. Tout ce qui est fongosité ou foyer tuberculeux doit être poursuivi avec une persévérance irréprochable; rien ne doit échapper; avec une compresse et une curette on est armé pour cette fastidieuse besogne. Il faut, du reste, beaucoup de hardiesse et de précaution pour la conduire à bien, du côté du creux poplité. Toutes ces opérations sont très longues, et celles qui sont faites rapidement sont défectueuses.

Ceci terminé, je réunis les surfaces osseuses par deux points de suture sur les os. J'ai employé longtemps des sutures de catgut; mais depuis près de deux ans j'ai toujours mis des fils d'argent, et je me suis très bien trouvé de cette manière de faire. On est assuré par là que dans les mouvements nécessaires pour fixer le membre on ne produira aucun déplacement important, et que la juxtaposition des os se fera d'une façon tout à fait parfaite. Je n'ai du reste observé aucun inconvénient de cette manière de faire, à laquelle il n'y aurait qu'une objection, c'est que dans des cas rares les os sont si friables qu'il serait impossible d'y faire tenir un fil. Cela m'est arrivé une fois, en effet, sur une femme chez laquelle les os ont été coupés non seulement par des fils d'argent, mais aussi par des fils de catgut que j'avais essayé de leur substituer. Elle guérit bien, mais la consolidation fut plus lente que d'habitude.

Je suture ensuite au catgut tout ce que je puis fixer de périoste ou de tissu fibreux avec des fils de catgut. Puis je procède à la suture de la peau, que je fais, comme toutes mes sutures, avec du crin de Florence.

Je laisse sur les parties latérales deux orifices pour deux drains. Ces deux drains sont placés sous la peau, au voisinage de la coupe osseuse, mais ne pénètrent pas entre les surfaces. J'ai peu à peu réduit le drainage pour cette opération comme pour bien d'autres. J'ai renoncé au drainage poplité que je pratiquais autrefois. Mais je conserve ce drainage modéré, et je n'ai pas suivi mon collègue et ami M. Bœckel dans la suppression totale du drainage. Je crois en effet que la réparation avec cette soupape de sûreté est beaucoup plus simple, plus pleine de sécurité. Mais en outre, après expérimentation, je me suis assuré qu'elle est infiniment moins douloureuse. De plus, elle vous amène souvent à la nécessité de changer une fois le pansement et je montrerai facilement que la rapidité de réparation est tout aussi grande en procédant comme je le fais, si elle n'est pas même plus grande encore.

En même temps qu'il supprime le drainage, M. Bœckel suture la peau d'une façon assez serrée, en en excisant une partie. J'évite au contraire cette striction de la peau, et je la conserve en totalité.

Elle paraît exubérante au début, mais plus tard cette peau de la région antérieure du genou bien conservée protège avec avantage la région de l'opération, et l'on ne regrette pas de l'avoir conservée.

La purification antiseptique doit être faite avec un soin tout particulier, car le champ opératoire a souvent été inondé de pus, de débris de fongosités; de la graisse détachée des parties voisines le remplit. Je fais toujours ce nettoyage avec la solution d'acide phénique au vingtième sans y joindre l'emploi du sublimé, ne voulant pas exposer mes fils d'argent à se briser ensuite sous l'influence du sublimé.

Pour passer ces fils d'argent, je me sers toujours d'un poinçon perforé à son extrémité que j'ai fait construire par M. Collin en modifiant sensiblement certains poinçons connus. Le mien est d'une seule pièce, assez long pour passer partout. Je l'ai fait construire avec un manche en métal et avec un manche en bois. Mais après expérience je préfère de beaucoup le manche en bois. Je l'enfonce par un mouvement de vrille en poussant avec la paume de la main. Cela paraît au premier abord un mouvement assez difficile, mais avec un peu d'habitude on trouve la manœuvre de l'instrument très simple et on le préfère à tous les perforateurs compliqués difficile à nettoyer et à manier.

Les pansement post-opératoire est de la plus haute importance. J'ai fixé autrefois le membre sur une attelle métallique de mon invention pour permettre des pansements fréquents sans mobiliser les deux segments du membre. Mais depuis longtemps j'ai renoncé à son emploi, parce que j'ai reconnu qu'il était facile de réduire les pansements à presque rien et de laisser le membre depuis le commencement du traitement jusqu'à la fin dans le même appareil et dans la même situation. Je place directement sur la ligne de réunion des fragments de gaze iodoformée, puis au-dessus des sachets contenant la poudre antiseptique que j'ai l'habitude d'employer, puis un peu de tissu imperméable et enfin une couche considérable d'ouate de tourbe. Je serre le tout avec une bande de gaze appliquée exactement. Seulement alors je retire la bande de caoutchouc placée à la racine du membre et j'enveloppe le tout d'un appareil plâtré dans lequel est glissée une attelle postérieure en fil de fer. Le tout forme un appareil bien solide dans lequel le pied est bien droit. J'installe le membre dans le lit entre des coussins de sable, de façon à lui donner de l'aplomb.

On remarquera que j'ai emprunté à la méthode préconisée par M. Bœckel la suppression de toute ligature. Je n'ai pas supprimé le drainage, comme je l'ai dit plus haut.

Le membre ainsi disposé ne sera pas touché avant le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Ce jour-là, l'appareil est fendu au ni-

veau de la région opérée seulement. Toutes les parties de pansement placées au-devant du genou sont enlevées avec soin ; les drains sont retirés ; je remets en place un peu de gaze iodoformée, quelques sachets et l'ouate de tourbe ; ceci constitue le seul et dernier pansement. Le membre n'est pas déplacé et reste dans l'appareil inamovible jusque vers le soixantième jour, où tout l'appareil est retiré pour remettre le membre solide dans un appareil silicaté, en attendant l'appareil protecteur en cuir bouilli dont je parlerai tout à l'heure. En somme, comme on le voit, il n'y a à faire qu'un pansement et il ne doit y avoir, d'une façon absolue, aucune suppuration.

Cette absence de suppuration doit être absolue, car s'il y en a seulement un peu elle peut devenir l'origine de la formation de fistules que j'ai dit devoir être évitées avant tout. Pour y réussir, il ne faut pas trop retarder le premier pansement ; du moment que l'on dépasse un peu le vingtième jour, on peut être assuré que l'on aura de la suppuration et des fistules à tarir au lieu où les drains ont été placés.

Il semblerait au premier abord qu'entre cette manière de faire et la suppression de tout drain la différence fût tout à l'avantage de la suppression des drains; mais, outre l'inconvénient de la douleur que j'ai observé et signalé, il est certain qu'on est fréquemment obligé, même en supprimant le drainage, de refaire un pansement, et dès lors l'avantage de la suppression du drainage disparaît en laissant subsister ses inconvénients.

Il n'en est pas de même de la suppression des ligatures, qui, selon moi, est un grand progrès, car la recherche des vaisseaux est longue et pénible. Avec le drainage, le sang se répand bien dans l'appareil avec une certaine abondance ; mais grâce à l'ouate de tourbe il n'a aucun inconvénient, et on laisse en place un appareil ainsi infiltré de sang pendant deux mois, sans que la plaie bien protégée en ait à souffrir et sans que le sang infiltré dans les parties profondes de l'appareil subisse d'altération sérieuse.

La solidité rapidement obtenue et définitive dépend beaucoup des soins du début. Il faut, au moins pendant la première semaine, installer le malade dans son lit de telle façon qu'il ne puisse guère s'asseoir. La première semaine passée, on peut être beaucoup moins sévère, et le membre étant bien calé dans son lit, il suffit d'engager le malade à ne point le déplacer. Je considère comme un progrès sérieux pour cela la suture métallique que j'ai pratiquée depuis.

Pour la pose de l'appareil d'abord, puis pour éviter les résultats des mouvements intempestifs, ces sutures rendent les plus grands services. Bien entendu, il n'y a plus à se préoccuper du déplacement

en arrière qui a été l'objectif de tous les opérateurs d'autrefois. Ce déplacement était une conséquence de la suppuration, ou du moins il résultait de la mobilité qui pour longtemps accompagnait celle-ci. Il n'en saurait être question actuellement, et c'est seulement la non-consolidation ou une consolidation insuffisante qu'il faut redouter.

Pour que cette solidité reste parfaite, après avoir fait porter un appareil inamovible jusque vers le quatrième mois, je fais faire pour le sujet une genouillère en cuir bouilli bien lacée. Celle-ci doit se mouler exactement sur le membre de façon à ne point produire d'écorchure. Je conseille de la porter indéfiniment en quelque sorte. Je dois dire immédiatement que beaucoup d'opérés ne suivent pas ce conseil et après quelques mois abandonnent la genouillère. Cependant il faut absolument la faire porter à certains sujets, surtout à ceux chez lesquels la résection a porté très haut sur le fémur. Dans ces cas, la surface de coaptation peut ne pas être assez large, et il y a une tendance à la flexion du cal. J'ai eu l'occasion d'observer le fait sur une jeune fille, mon opérée, qui me revint avec cette flexion et chez laquelle j'ai pratiqué deux ans plus tard une seconde résection.

En même temps que je fais une genouillère, je fais faire un soulier à talon et à semelle élevée. Cela facilite la marche, surtout au début ; car assez rapidement les opérés apprennent à marcher, malgré la différence de niveau, et laissent leur soulier de côté. En tout cas, il faut bien recommander que ce soulier ne corrige pas toute la différence de hauteur. Pour une bonne marche, avec un membre raide, une certaine différence de hauteur est indispensable.

En procédant comme je l'ai indiqué, on obtient d'abord un état local très satisfaisant, la marche est très facile, et beaucoup d'opérés font des courses considérables sans inconvénient. Justement lorsqu'ils fatiguent beaucoup, la genouillère leur rend grand service et empêche des douleurs de se produire au niveau du cal.

Aussitôt que les mouvements sont faits par le membre guéri on voit se développer à nouveau les muscles qui étaient atrophiés. Le fait de les mettre en bonne direction, de leur donner un point d'appui régulier suffit à provoquer cette réparation musculaire. Quelle que soit l'atrophie du membre, quelle que soit l'ancienneté des lésions, il ne faut pas désespérer de ce résultat. J'ai vu le fait se produire en particulier chez une femme qui porte les n°s 35 et 38. Je lui ai fait la résection des deux genoux. Du côté gauche, le membre, atteint dès la première enfance, était dans un état d'atrophie tel qu'on n'y reconnaissait aucun muscle à la coupe. Malgré ces conditions défavorables, il est revenu assez de mouvements dans ce membre pour le rendre utile à la patiente.

Après une résection du genou bien faite, la récidive locale a bien peu de chances de se produire, et je n'en ai observé des cas que tout au début ou chez les enfants.

J'ai dit que pour les enfants je suis assez médiocrement partisan de la résection du genou, qui reste fatalement incomplète. On doit pour eux la considérer comme une ressource possible, mais non comme une opération de choix. Dans ces cas de récidive locale ou de menace de récidive, je reviens au traitement par les pointes de feu et par l'onguent mercuriel dont j'ai donné la formule.

Quant à la tuberculose pulmonaire et à la généralisation tuberculeuse, il n'y a pas un doute à avoir. L'influence de l'opération est très favorable. Un bon nombre de mes opérés avaient des accidents pulmonaires plus ou moins avancés. Or ces accidents se sont ralentis ou même ont disparu complètement, et dans le plus mauvais cas que j'ai cité il y a eu une amélioration tout à fait extraordinaire. J'ai eu des nouvelles de deux sujets seulement, atteints d'accidents pulmonaires graves. Les deux sujets étaient opérés depuis plus de deux ans. Ce n'est pourtant pas une raison pour laisser les malades s'intoxiquer complètement par la tuberculose, comme on le fait généralement avant de les opérer.

On peut voir précisément que l'opération mériterait d'être faite beaucoup plus souvent et beaucoup plus tôt. Elle a, par exemple, sur toutes les guérisons dites par ankylose, les avantages de donner un membre beaucoup plus propre à la marche et de supprimer les foyers de tuberculose, et de guérir rapidement, en quelque sorte instantanément. J'affirme, en outre, en m'appuyant sur les chiffres que je donne, que cette intervention n'a à son passif aucune chance sérieuse de mortalité.

On peut remarquer, en effet, que sur quarante-quatre résections, je n'ai aucun cas de mort, et cependant j'ai eu l'occasion de faire l'opération dans des cas détestables que je ne voudrais plus recommencer à opérer. On peut voir aussi que j'ai opéré des sujets âgés. J'ai un cas de beau succès à 54 ans. Cependant l'opération n'est vraiment une opération de choix que de 16 à 30 ans. Après cet âge, entre 30 et 40 ans, les conditions de succès sont plus difficiles à réaliser. Cependant j'en ai encore un bon nombre à signaler. Au delà, l'opération me paraît devoir être exceptionnelle.

On peut néanmoins être appelé à opérer dans des cas rares, véritables curiosités pathologiques. Tel est le cas de cette femme de 30 ans qui avait eu dans l'enfance des tumeurs blanches de la hanche gauche et des deux genoux, et qui m'a été envoyée par le docteur Henry. Elle vivait les deux jambes recroquevillées sous elle, en se traînant à la manière des culs-de-jatte. Le membre infé-

rieur gauche était le siège d'une atrophie telle qu'il semblait ne pouvoir être d'aucune utilité. Je lui fis d'abord la section sous-trochantérienne du fémur gauche et la résection du genou du même côté. Trois mois plus tard je lui fis la résection du genou du côté droit. Aujourd'hui elle est bien redressée; elle peut marcher droite avec des béquilles. Sur le membre gauche, qui semblait n'avoir aucune valeur, elle peut s'appuyer, et quand j'aurai réussi à lui faire faire un appareil convenable pour recevoir le pied, situé à un niveau considérable au-dessus de l'autre, à le bien faire appuyer, la malade pourra, non marcher comme tout le monde, mais progresser d'une façon qui lui permette commerce avec ses semblables.

Conclusions. — Des considérations, des faits que je viens d'exposer, on peut tirer des conclusions sensiblement différentes des opinions régnant encore sur la valeur de cette opération :

1° La résection du genou est une excellente opération, de très faible mortalité (nulle dans les faits que j'ai exposés);

2° Elle mériterait d'être appliquée dans bien des cas qui lui échappent encore;

3° Le résultat local en est excellent et permet un fonctionnement parfait du membre ;

4° Le résultat, au point de vue de la santé générale, est peut-être meilleur encore, et la disparition même des accidents pulmonaires en est la conséquence fréquente;

5° Pour obtenir ces résultats locaux et généraux, il faut que l'opération soit complète. Le manuel opératoire en est nécessairement long. Il est difficile d'obtenir ce résultat complet;

6° Le pansement doit être fait sans déplacement secondaire, la suppuration doit être absente des suites de cette opération.

Présentations de pièces.

1° Pyélonéphrite calculeuse. Néphrectomie transpéritonéale,

Par le Dr Paul Reclus.

M. Reclus présente un rein affecté de pyélonéphrite calculeuse, qu'il a enlevé il y a six jours par la méthode transpéritonéale.

La malade allait très bien, et était considérée comme hors de tout danger à la date de la présentation.

Le mal a débuté il y a huit ans, par des coliques néphrétiques, se reproduisant à peu près tous les mois et toujours du côté droit. Ces coliques duraient douze heures environ.

Au bout d'un an, la malade entre à Broussais. M. Brun constate une tumeur et propose une opération que la malade refuse. L'examen des urines avait montré qu'elles contenaient du pus; depuis lors, la malade, qui regardait consciencieusement ses urines, y a toujours vu du pus, mais jamais de calculs.

Bien que les coliques paraissent devenir de plus en plus rares, ses forces diminuent assez rapidement, et à la moindre fatigue elle éprouve dans la région rénale droite des douleurs qu'elle compare à des cuissons, à des tiraillements, et qui lui interdisent tout travail.

Elle entre à l'hôpital le 21 juin. A l'inspection on constate que la région rénale droite est nettement augmentée de volume.

La palpation fait reconnaître une tumeur grosse environ comme une tête de fœtus, inégale et bosselée, qu'on peut facilement faire ballotter entre les deux mains.

Absolument mate à la percussion, elle est entourée à la partie antéro-externe d'une zone tympanique, affectant la forme d'un croissant et due très probablement au côlon transverse refoulé.

Les urines sont rares (350 à 400 grammes) et chargées de pus.

La malade, mise au régime lacté, ne peut le supporter.

M. Reclus décide de pratiquer la néphrectomie par la voie transpéritonéale. L'opération est faite le 25 juillet avec l'aide de M. Bazy.

La région est lavée et l'ombilic désinfecté avec soin; puis sur la ligne médiane on pratique une incision de 15 centimètres (7 centim. au-dessus et 8 au-dessous de l'ombilic). On arrive sur le péritoine, on l'incise après l'avoir saisi avec quatre pinces à forcipressure de façon à le retourner facilement. — La cavité abdominale ouverte, on est sur le foie, qui descend très bas, et sur l'angle du côlon transverse et ascendant.

Le foie est rejeté en haut et en dedans, le gros intestin en dedans et en bas, et l'on aperçoit alors très nettement l'énorme saillie bosselée que forme le rein recouvert du péritoine. Cette enveloppe séreuse est saisie avec une pince à dents et l'on y pratique une incision longitudinale de 8 centimètres environ dont la lèvre interne et la lèvre externe sont saisies par des pinces à forcipressure; les deux doigts sont alors introduits dans cette large boutonnière, encore agrandie par déchirure avec l'index de l'angle supérieur et de l'angle inférieur. Les pinces à forcipressure soulevées par les aides forment alors une sorte de cupule qui protège et maintient les anses intestinales. On aurait même pu ne pas les voir dans le cours de l'opération si, à plusieurs reprises, des efforts de vomissement ne les avaient chassées hors du ventre.

A ce moment M. Reclus commence la décortication, facile dans tout le segment antérieur, et qui ne donne lieu qu'à un faible écoulement sanguin. Mais arrivé en dehors et en arrière, la résistance devient extrême, et il faut un effort énergique pour séparer sans déchirure la capsule du péritoine. La séreuse cependant ni aucune des bosselures

du rein n'ont été ouvertes, ni en ce moment ni en d'autres, dans le cours de l'opération. Plus tard l'examen de la pièce a montré que cette adhérence existait au niveau de la capsule surrénale. Le pôle supérieur et le pôle inférieur ont été, eux aussi, difficilement dégagés ; mais enfin peu à peu l'énucléation a pu se faire, et le rein a pu être attiré hors du ventre.

L'uretère a d'abord été isolé et coupé entre deux ligatures, puis un fil de soie très solide a été passé dans le pédicule vasculaire et fortement serré. Le pédicule est alors incisé. Le rein était libre et l'opération à peu près terminée.

Suivant la méthode de Terrier, la lèvre externe du péritoine pariétal antérieur a été réunie par des sutures au catgut à la lèvre externe du péritoine péri-rénal. La lèvre interne du péritoine antérieur est suturée de même à la lèvre interne du péritoine péri-rénal. Cette suture elliptique fermait donc complètement la cavité péritonéale et isolait un espace antéro-postérieur où primitivement était logé le rein malade, de telle sorte que les sécrétions, les exsudations sanguines ou séreuses qui pouvaient se faire dans cette cavité se trouvaient complètement séparées de la cavité péritonéale.

Quinze points de suture circulaire au catgut fin suffirent pour préparer cette occlusion. La cavité est alors drainée avec une lanière de tarlatane iodoformée et un gros tube. Suture de la paroi abdominale et fixation de l'uretère dans l'angle inférieur de la plaie.

Durée totale de l'opération : un peu moins de quarante minutes.

Au cours de l'opération il avait semblé à M. Reclus que le rein diminuait un peu pendant les malaxations faites pour le dégager, et qu'après son énucléation son volume était moindre. Cette diminution de volume fut vite expliquée, car après l'opération la malade fut sondée, et on retira de la vessie 112 grammes d'un pus épais, verdâtre, strié de points bruns dus à des débris de calculs. Lavage de la vessie à l'eau boriquée.

Examen de la pièce. — La capsule est partout intacte, et aucune des bosselures n'a été ouverte. Une section de dehors en dedans suivant le grand axe de la tumeur nous montre le rein transformé en une série de poches volumineuses qui ont refoulé de toutes parts et atrophié le tissu rénal; en aucun point celui-ci ne paraît présenter sa structure normale. Ces poches sont distendues par du pus et d'énormes calculs friables ; la plus grande partie, en effet, a été écrasée pendant le dégagement de la tumeur, et dans la plupart des poches on ne trouve que des débris de calculs et une sorte de poussière brune due à la dissociation des agglomérations uniques primitives.

Suite de l'opération. — Les suites de l'opération ont été des plus simples ; il y a bien eu pendant la nuit quelques vomissements chloroformiques, mais pas de douleurs de ventre, pas de tension, et la température n'a jamais dépassé 37°,2.

Dès le premier jour la malade a uriné, et son urine, d'abord un peu trouble, est devenue peu à peu limpide; cependant elle laisse au repos

une grande quantité de matière blanchâtre qui paraît être des sels. La quantité d'urine peut être évaluée les premiers jours à 375 grammes, et s'élève à 400 grammes le sixième jour. L'opérée est allée à la selle spontanément le troisième jour. Le lendemain de l'opération elle avait ses règles.

La gaze iodoformée est enlevée le troisième jour. En défaisant le pansement on constate qu'il ne s'est pas écoulé la moindre goutte de pus.

Le sixième jour le drain est remplacé par un plus petit qui est enlevé le huitième jour. Dix jours après l'opération, la cicatrisation est complète.

Une eschare sacrée retarde le départ de la malade, qui quitte l'hôpital le 3 septembre complètement guérie.

La malade, revue le 2 octobre, a recouvré ses forces et peut vaquer à ses occupations sans ressentir la moindre fatigue.

2° Présentation d'un nouveau-né portant un embryon inclus, faisant issue à travers l'orifice buccal,

Par M. Guéniot.

B..., âgée de vingt-six ans, multipare. Les deux premières grossesses se sont terminées à terme ; les enfants sont nés vivants et bien portants.

Troisième grossesse terminée à cinq mois. Grossesse actuelle arrivée à terme. Rien de particulier pendant sa durée. Quantité de liquide amniotique normale. Présentation du sommet en O. I. G. A. Accouchement spontané le 30 juillet à 8 heures 45 du matin après un travail de dix heures trois quarts.

Expulsion de la tumeur (embryon) cinq minutes après la naissance de l'enfant.

Délivrance naturelle et complète vingt minutes après. La tumeur offre le volume d'un gros œuf de poule ; elle est constituée par un embryon inclus, rattaché à l'enfant par un pédicule qui s'insère dans le sillon rétro-amygdalien du côté droit. L'incision de la tumeur a fait écouler un liquide blanc, filant. On ne perçoit aucune partie solide faisant penser au squelette. On découvre nettement la bouche, la langue et un point cartilagineux qui doit être l'épiglotte, d'après M. Dareste.

Geoffroy Saint-Hilaire aurait présenté à la Société de biologie une tumeur pédiculée tout à fait analogue, insérée au même niveau chez un jeune veau. M. Goubeau en aurait fait la dissection.

Cet enfant n'offre, d'ailleurs, aucun vice de conformation, autre qu'une division de la voûte palatine.

Dès demain, je me propose de débarrasser la bouche de l'enfant du pédicule qui l'obstrue, et qui pourrait devenir une cause d'infection.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 1er octobre 1890.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le président annonce à la Société la mort de M. Duménil, membre correspondant, professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'école de médecine de Rouen.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques parus pendant les vacances ;

2° *Épithelioma de la langue chez une enfant de 4 ans. Contribution à l'étude de la contagiosité du cancer*, par M. GUELLIOT, de Reims (M. Quénu, rapporteur) ;

3° *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1889, 3e et 4e fascicules ;

4° *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie de médecine de Belgique*, 1890, 2e fascicule. Bruxelles, 1890 ;

5° *Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu pour* 1889-90. Paris, 1890 ;

6° *Bulletin de la Société des sciences médicales de Lille pour* 1889. Lille, 1889 ;

7° *Atti della R. Accademia dei fisiocritici di Siena*, 1890, série IV, vol. II, fascicules 5-6 ;

8° Discours de M. MAUNOIR et de M. BOURGEOIS, Ministre de l'instruction publique, au Congrès des sociétés savantes, mai 1889 ;

9° *Action thérapeutique de Salies-de-Béarn, etc.*, par le Dr RAYMOND PETIT. Paris, 1890 ;

10° (*a*) *De la colotomie iliaque en deux temps ;* — (*b*) *du traitement chirurgical de l'hydronéphrose*, par M. JEANNEL (de Toulouse);

11° (a) *Double taille périnéo-hypogastrique ; extraction d'un couteau ; guérison ;* — (b) *Contribution à l'étude des localisations cérébrales ;* — (c) *L'opération de Thiersch ;* — *modification du procédé du professeur allemand*, par le professeur LAVISTA (de Mexico) ;

12° *Désarticulation de la hanche en quatre séances*, par le professeur LICÉAGA (de Mexico) ;

13° *Report of the Board of Regents of the Smithsonian Institution*, 1886, 2e partie ; 1887, 1re et 2e partie. Washington, 1889 ;

14° Lettre de M. TERRIER, demandant un congé d'un mois pour raison de santé.

Rapports.

1° *Fistule uréthro-pénienne due à une section incomplète de la verge par une ficelle.* — *Paraphimosis concomitant*, par le Dr PIEDPREMIER, médecin aide-major.

Rapport par M. CHAUVEL.

Chez un soldat atteint de paraphimosis ayant nécessité le débridement de l'anneau préputial, notre collègue de l'armée constata, non sans surprise, que l'urine sortait par une ouverture fistuleuse, à 1 centimètre en arrière du méat. Cette fistule, au dire du malade, provenait d'une ulcération produite par une ficelle dont il s'était entouré la verge à l'âge de 7 ans. Le lien n'ayant été coupé qu'au 15e jour, l'urine, qui ne pouvait que difficilement s'échapper par les voies naturelles, s'était creusé un canal en arrière du point de constriction. Depuis 14 ans, l'état était resté le même. La miction se faisait sans difficulté par l'ouverture fistuleuse, au niveau de la couronne du gland. En raison de son siège extérieur et de la conservation de la paroi supérieure de l'urèthre jusqu'au méat, non seulement le liquide était projeté en avant, mais quelques gouttes arrivaient même jusqu'à l'orifice naturel. Dans ces conditions, les rapports sexuels s'accomplissant sans douleur, l'intervention chirurgicale, bien qu'indiquée, n'avait rien de nécessaire ni de pressant.

M. Piedpremier pense que, vu l'absence de mortification de la verge, l'ouverture du canal a dû se faire de dedans en dehors, par distension et ulcération des tissus, comme en arrière d'un rétrécissement étroit. Le mécanisme peut être accepté, mais la paroi inférieure de l'urèthre, en raison de sa minceur, peut également être regardée comme un point de moindre résistance. Dans le cas

de constriction de la verge par un lien étroit, c'est elle qui doit se mortifier en premier lieu.

Messieurs, ayant résumé les parties intéressantes de l'observation envoyée par M. le docteur Piedpremier, je vous propose : 1° de le remercier de sa communication ; 2° de déposer son travail dans nos archives.

2° *De l'eczéma curateur*, par le Dr Ch. Amat, médecin-major.

Rapport par M. Chauvel.

Le titre du travail envoyé par le docteur Amat répond-il au contenu de son mémoire ? Il me semble qu'un seul fait ne saurait suffire pour étager une doctrine, surtout quand ce fait est d'une interprétation discutable. Un soldat, âgé de 24 ans, sans antécédents morbides, est atteint, à la suite d'une chute de cheval, d'une plaie contuse à la région antérieure et supérieure du genou gauche. Au lieu de se fermer rapidement, la plaie suppure et devient le point de départ d'une lymphangite, qui amène successivement la formation de trois abcès dans l'espace d'un mois. A l'acide phénique, à l'iodoforme, on substitue les cataplasmes de farine de lin, le cérat boriqué. C'est alors qu'apparaît un eczéma aigu qui dure quelques semaines, laissant après sa disparition la plaie presque fermée.

Il est bien question dans le travail d'une *arthrite septique* du genou, que le docteur Amat attribue à l'action du streptocoque ; mais nous avouons n'avoir trouvé dans les détails du fait rien qui nous permette d'admettre à un moment donné l'existence de cette grave complication articulaire. Se basant sur l'apparition d'un eczéma du pavillon de l'oreille, notre confrère n'hésite pas à considérer son patient comme entaché d'herpétisme. Ce qui nous paraît difficilement acceptable, c'est le rôle qu'il fait jouer à l'eczéma dans la guérison de la plaie. Trois mois entiers pour la fermeture d'une solution de continuité de trois centimètres nous paraissent un temps suffisant pour qu'il soit inutile d'invoquer dans la cure l'action bienfaisante d'une éruption vraisemblablement produite par les cataplasmes.

Notre confrère part de ce fait pour se livrer à de transcendantes dissertations sur le rôle des microbes et de leurs sécrétions dans les guérisons dues à l'érysipèle, sur la probabilité de la nature microbienne de l'eczéma ; nous ne le suivrons pas dans cette voie. Nous ne saurions accepter sa théorie de l'*eczéma curateur,* et quand nous aurons à soigner des plaies, même contuses, nous nous garderons autant que possible de provoquer, à leur pourtour et dans leur voisinage, une dermatose aussi pénible. Il est toujours désa-

gréable pour un rapporteur d'avoir à combattre les opinions émises dans une communication. Cependant, tout en rendant hommage au labeur de M. Amat, nous ne pouvons que lui conseiller d'être plus réservé en fait de théories et de ne pas conclure d'après une unique observation.

Je vous propose, messieurs, de remercier notre confrère et de déposer son travail dans les archives de notre Société.

Les conclusions des rapports de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales,

Par M. Le Dentu.

La difficulté du traitement des fistules recto-vaginales est reconnue depuis longtemps. De nombreux insuccès ont amené les chirurgiens à renoncer à la suture simple, précédée d'un avivement plus ou moins large, et à se rallier au procédé qui a été préconisé en France par le professeur Richet, plus tard en Allemagne par Simon. Ce procédé consiste à fendre le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, et à procéder ensuite à la suture de la fistule avivée et de toutes les parties sectionnées, comme s'il s'agissait de réparer une déchirure complète du périnée.

A coup sûr l'idée est excellente, et je n'ai nul désir de la combattre après l'avoir adoptée et mise en pratique; mais il faut avouer que, dans le cas d'une petite fistule recto-vaginale (et ce cas est le plus fréquent), l'opération est en disproportion avec la lésion; d'autre part, quand on a affaire à une fistule située très haut dans le vagin, on doit hésiter à fendre la cloison recto-vaginale sur une grande hauteur; car le succès en pareil circonstance devient problématique. Si donc on avait à sa disposition un procédé moins compliqué que la périnéorraphie totale et plus sûr que la suture directe après avivement, on serait en mesure de faire l'occlusion des fistules recto-vaginales avec des garanties de simplicité et de succès que ne donnent pas les procédés employés jusqu'à ce jour.

Je crois avoir trouvé la solution du problème. Un cas récent où j'ai obtenu la guérison complète m'autorise à le dire et à exposer sans retard le procédé que j'ai imaginé.

La fistule, oblongue dans le sens vertical, ayant environ quatre

millimètres sur trois, était située à deux centimètres de la fourchette; mais pour bien en reconnaître la situation, il fallait développer la cloison recto-vaginale au moyen d'un doigt introduit dans le rectum. La malade, âgée de 36 ans, la portait depuis plus de huit ans; elle a eu depuis lors quatre enfants. Les conditions de la fistule, que j'avais déjà examinée il y a huit ans, ne s'étaient pas modifiées sous l'influence de ces quatre derniers accouchements. Elle laissait très fréquemment passer des gaz, mais les matières fécales ne la traversaient guère que lorsqu'elles n'avaient pas leur consistance normale.

Le périnée était déchiré partiellement, mais pas assez pour que la périnéorraphie s'imposât. La malade désirait d'ailleurs subir l'opération la moins importante possible; diverses raisons, dont il est inutile de parler, me firent renoncer à la restauration complète du périnée ; mais pour éviter l'échec à peu près certain lorsqu'on se borne à aviver, même largement, les bords de la fistule et à en faire la réunion, je m'arrêtai, après réflexion, à un procédé autoplastique que j'appellerai: *Autoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.*

L'explication de cette dénomination ressortira de la description suivante :

1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche revêtue d'un gant de caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de ce même index dans le cours de l'opération sans risquer d'infecter la plaie. La cloison recto-vaginale, refoulée vers le vagin et largement développée, se présente dans de bonnes conditions pour les sections et les dissections nécessaires. Ce refoulement pourrait être obtenu par d'autres moyens. Le doigt d'un aide, ou même un petit ballon de Petersen modérément distendu remplirait le même office, mais avec cette différence que le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections. Voilà pourquoi l'emploi du gant de caoutchouc est peut-être préférable à tout autre moyen.

2° Avec un bistouri à bonne pointe tracer l'incision courbe ABC (*fig.* 1) en passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule; tracer ensuite l'incision également courbe AF'C, qui devra passer au niveau du bord inférieur de la fistule. Aviver la muqueuse vaginale dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les incisions ABC et AF'C.

3° Disséquer la muqueuse vaginale de haut en bas à partir de l'incision AF'C, jusqu'à une ligne représentée sur la figure 1 par un pointillé ADC. Le point D de cette ligne courbe, représentant la base du lambeau disséqué, devra se trouver à un bon centimètre

au-dessous de la fistule, de façon à ce que la distance F'D soit égale ou seulement un peu inférieure à la distance BF.

4° Le lambeau AF'CD étant renversé vers l'anus (*fig.* 2) le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée formée d'une part par l'avivement ABCF' fait aux dépens de la muqueuse vaginale, et d'autre part par la dissection du lambeau AF'CD. L'opération consiste essentiellement à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface avivée ABCF; mais si l'on se contentait de ce glissement, on créerait à la base de ce lambeau un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il est donc de toute nécessité de supprimer ce cul-de-sac; on y arrive par le temps que voici :

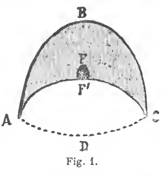


Fig. 1.

5° Avec des ciseaux, supprimer le triangle FIK (*fig.* 2), taillé aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. Débrider de chaque côté le lambeau supérieur sur la moitié des lignes AI et KC (*fig.* 3). De cette façon le rectum est largement ouvert au-dessous de la

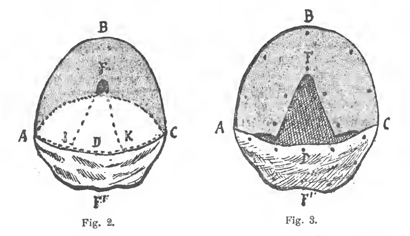


Fig. 2. Fig. 3.

fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base D du lambeau ADCF.

Il reste à placer les sutures. Ce temps demande un soin particulier. Il faut avoir sous la main une dizaine de fils d'argent ou de soie assez fins, enfilés par leurs deux extrémités à des aiguilles également assez fines et offrant une courbure moyenne.

Suivant l'étendue de la fistule, il faut s'attendre à utiliser de 5 à 8 de ces fils, davantage si ses dimensions sont très considérables. Ces fils se posent de la manière suivante :

6° Avec une aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, pé-

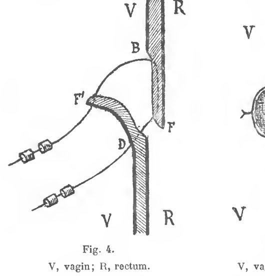


Fig. 4.
V, vagin; R, rectum.

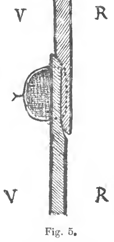


Fig. 5.
V, vagin; R, rectum.

nétrer dans le point B du lambeau supérieur, taillé aux dépens de la muqueuse rectale, et sortir en F après avoir fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau, autant que possible sans entrer dans le rectum. Traverser ensuite les points D (base) et F' (sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles (*fig.* 4).

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte sa face postérieure cruentée à la face antérieure également cruentée du lambeau supérieur. Il suffit, pour maintenir l'adaptation, de fixer les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel, mais il faut avoir soin de ne pas serrer du tout. Autrement, par suite de la tuméfaction des lambeaux, les tubes de Galli se perdraient dans leur épaisseur et pourraient en déterminer l'ulcération et la perforation.

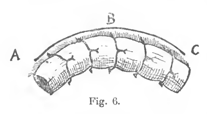


Fig. 6.

On pourrait encore tordre les fils sur un petit bourrelet de gaze iodoformée interposée entre leurs extrémités libres, sur la face

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 47.11.90. *Le gérant :* G. Masson.

antérieure du lambeau inférieur (*fig.* 5). En tout cas, il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par dessus le lambeau, sans interposition de gaze iodoformée, de façon à éviter le froncement qui aurait pour résultat de diminuer les surfaces d'affrontement. L'emploi des tubes de Galli ou la torsion par-dessus un petit bourrelet de gaze, assurent l'étalement de ces surfaces et augmentent ainsi les chances de succès.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur (*fig.* 6). La fistule est complètement supprimée, et la muqueuse rectale qui forme la face postérieure du lambeau supérieur, débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les gaz et les matières glissent tout naturellement vers l'anus. Ils ne peuvent avoir aucune tendance à remonter vers le vagin, en s'insinuant entre les lambeaux.

J'ai enlevé les fils le quatrième et le cinquième jour chez mon opérée, parce que de petites ulcérations commençaient à se former au-dessous des tubes de Galli de la rangée inférieure. La réunion était déjà complète. Ma malade m'a dit avoir senti passer des gaz en très petite quantité à deux ou trois reprises, le premier jour et même après l'ablation des fils; mais cette particularité ne s'est pas reproduite. Elle est donc entièrement guérie.

Soins préliminaires et consécutifs. Pansement. — Il faut donner une purgation à la malade la veille de l'opération, et lui faire prendre un grand lavement le soir. Le jour de l'opération un grand lavement à l'eau bouillie sera suivi d'un lavement à l'acide borique.

Je crois inutile de réduire notablement la quantité des aliments pendant les jours qui précèdent l'opération; mais la malade devra choisir des aliments très digestibles et d'une assimilation facile.

Des injections vaginales antiseptiques seront faites au moins pendant trois jours avant l'opération. Si la malade avait des flueurs blanches abondantes, il faudrait la soumettre à un traitement préliminaire général ou local avant de tenter l'opération. Une nouvelle injection antiseptique sera faite par le chirurgien lui-même au moment d'agir. J'emploie et je recommande une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$. La même solution sera employée pour les lavages pendant l'opération.

Comme pansement, de petites mèches d'une gaze antiseptique pénétrant un peu dans le vagin et enveloppant les fils, méritent la préférence. On les renouvellera à chaque injection vaginale. Ces injections vaginales sont nécessaires une ou deux fois par jour, à

partir du second jour, surtout chez les femmes qui ont de la tendance à avoir des flueurs blanches. Il faudra ensuite étancher avec soin le vagin et la vulve au voisinage des fils.

L'époque à laquelle ceux-ci doivent être enlevés ne peut être fixée d'une manière rigoureuse, à un jour près. Chez ma malade j'en ai coupé trois après quatre jours pleins, et, le lendemain même, je la débarrassais des deux autres; c'est que les tubes de Galli commençaient à s'enfoncer dans la base du lambeau inférieur. On peut dire qu'en moyenne il ne faut pas attendre plus de cinq à six jours. Il ne faut pas oublier que les tissus sur lesquels portent les sutures peuvent n'avoir qu'une médiocre vitalité; c'est pourquoi j'ai recommandé de ne serrer les fils que juste assez pour assurer la coaptation des lambeaux.

Le point capital dans les soins consécutifs, c'est de faciliter les garde-robes pendant la période où les fils sont encore en place. J'estime qu'il faut en provoquer une au deuxième et au quatrième jour après l'opération. C'est de suite après l'ablation des fils qu'une courte constipation de trois jours est nécessaire. Pendant ce temps, la coaptation des lambeaux se consolide, et quand une nouvelle garde-robe a lieu, vers le septième ou huitième jour, la suture est mieux en état de résister à la pression des matières et aux faibles efforts de défécation déterminés par l'action du laxatif. Celui auquel je donne la préférence est l'huile de ricin à la dose de huit à dix grammes (deux à trois cuillerées à café ou huit à dix petites capsules, de celles qui contiennent à peine un gramme d'huile).

Contre-indications. — L'opération qui vient d'être décrite ne peut convenir à tous les cas. Les conditions qui en contre-indiquent l'application sont : la situation trop élevée ou trop basse de la fistule, ses grandes dimensions, le peu d'épaisseur de la cloison.

Si elle occupe un point trop élevé de la cloison recto-vaginale, l'avivement, la dissection du lambeau inférieur, le passage des fils pourraient offrir des difficultés insurmontables. Si elle est trop voisine de la fourchette, il ne reste plus assez de place entre elle et le périnée pour qu'on puisse détacher un lambeau convenable. Ce procédé n'est donc pas applicable aux fistules recto-vulvaires proprement dites.

D'autre part si l'on a affaire à une très grande fistule, le succès devient beaucoup moins facile à obtenir ; mais comme en général es fistules recto-vaginales, d'origine obstétricale ou opératoire, ont de petites dimensions, l'opération serait encore praticable, même si la fistule avait plus de quelques millimètres. Naturellement il faudrait augmenter les dimensions de la surface d'avivement, en

hauteur et en largeur, et donner au lambeau une étendue proportionnelle.

Enfin si le sujet a une déchirure partielle du périnée, mais avec conservation d'une cloison recto-vaginale trop mince, la dissection d'un lambeau cesse d'être possible.

Dans tous les cas où mon procédé n'est pas applicable, il faut recourir au procédé du professeur Richet (section de la cloison, avivement de la fistule, périnéorraphie). Une seule circonstance rend ce procédé impraticable à son tour, c'est celui où la fistule est trop élevée pour que la périnéorraphie offre des chances sérieuses de succès.

Discussion.

M. Quénu. Je profite de la communication de M. Le Dentu pour exposer la description d'un procédé opératoire que j'ai appliqué avec succès à la guérison d'une fistule recto-vaginale. Comme lui, je m'élève contre la généralisation d'une méthode qui consiste à fendre tout le périnée de la fourchette à l'anus. On a beau me dire, comme M. Monod (1), dans son mémoire de 1883, qu'une périnéorraphie immédiate, faite dans de bonnes conditions, ne saurait ne pas réussir, un insuccès est toujours possible, et alors on manque à la règle du « *primo non nocere* », on substitue à une petite fistule qui ne laissait passer que quelques gaz, une large brèche transformant le vagin en cloaque. Il faut bien compter aussi avec les répugnances des malades, la mienne n'eût pas souscrit à l'incision complète de son périnée. Je sais, d'autre part, que cette méthode a compté et compte encore de nombreux partisans : la Société de chirurgie semble s'y être ralliée dans la dernière discussion importante qui a eu lieu en 1882, sur le traitement des fistules recto-vaginales. Et pourtant, je pense que, dans bon nombre de cas, il y a mieux à faire que de fendre le périnée ; il me paraît souvent possible d'obtenir l'oblitération, sans sacrifice préalable. Je demande, à ce sujet, la permission de rapporter l'histoire de ma malade.

Il s'agit d'une jeune femme accouchée le 15 décembre 1888, à la suite de manœuvres laborieuses et inhabilement pratiquées. Je vis la malade pour la première fois au mois de juillet 1889, je constatai chez elle l'existence d'une fistule siégeant au-dessus de l'orifice antérieur du vagin et débouchant, d'autre part, au-dessus du sphincter anal. En étalant l'orifice fistuleux au moyen d'un doigt introduit dans le rectum, on pouvait s'assurer que cet orifice, grand comme une pièce de 50 centimes environ, était bordé par

[1] Monod, *Ann. des maladies des organes génito-urinaires* 1883. t. I, p. 46, 132.

des lèvres minces, cicatricielles, au niveau desquelles la muqueuse vaginale venait se continuer avec la muqueuse rectale. Je fis une première tentative opératoire le 3 octobre. Après avoir réalisé, dans la mesure du possible, l'asepsie de la région, j'avivai le pourtour de l'orifice fistuleux et je décollai dans une petite étendue le rectum du vagin. Je fis une suture de l'orifice rectal, toujours en manœuvrant par le vagin et en cherchant à former éperon vers le rectum, puis, je passai un fil profond pour combler la cavité qui résultait de mon avivement et je terminai en suturant la muqueuse vaginale. Un gros drain fut placé à travers l'anus, que j'avais fait dilater par un aide dès le début de l'opération. Les choses marchèrent bien d'abord, mais, dès le troisième jour, à l'occasion d'un éternuement, des gaz passèrent à travers mes sutures et je dus bientôt considérer la partie comme perdue. Pareil insuccès a fréquemment suivi des tentatives analogues, qu'on ait ou non, à l'exemple de Trélat, et comme je l'ai fait, du reste, ajouté des sutures profondes aux deux plans de sutures superficielles. Malgré le placement d'un tube dans le rectum, les gaz trouvent d'autant mieux le moyen de filtrer à travers les sutures, que les deux lignes de sutures vaginales et rectales se trouvent situées en face l'une de l'autre. Pour éviter cette filtration, j'adoptai dans une seconde tentative, cette fois suivie de succès, le plan que voici : Je fis, en avant de l'anus et à travers le périnée, une incision transversale légèrement convexe en avant, je décollai le vagin du rectum et j'arrivai ainsi jusqu'à ma fistule dont les bords furent alors excisés. Je poursuivis le décollement de la cloison recto-vaginale un peu au delà de la fistule, et voici ce qui se passe en pareil cas : les deux orifices vaginal et rectal de la fistule ne restent plus en face comme précédemment : le vaginal remonte, le rectal ne lui correspond plus, et voilà déjà une première condition favorable pour la réunion ; de plus, à travers cette plaie périnéale, et grâce au dédoublement de la cloison, la suture de l'orifice rectal devient des plus faciles. Je suturai le rectum avec de la fine soie, puis, le vagin, et je laissai la plaie périnéale béante afin de maintenir le passage libre aux gaz et de les détourner de l'orifice vaginal de la fistule, dans le cas où l'orifice rectal de celle-ci se serait laissé traverser. Enfin, comme le tube avait été mal supporté dans la première opération, je réalisai le relâchement du sphincter anal en incisant ce muscle en arrière et en réunissant par-dessus lui la muqueuse au moyen de trois points de suture. Rien ne se passa pendant quatre jours ; le cinquième jour, ma malade fut prise de diarrhée, et ma plaie périnéale s'étant réunie trop vite, quelques gaz filtrèrent dans le vagin ; je désunis légèrement la plaie périnéale, et les gaz prirent désormais cette unique voie.

Quinze jours après l'opération, qui avait eu lieu le 6 novembre, je fis avec une très fine lame de thermocautère la cautérisation du très petit orifice qui avait cédé; son oblitération fut rapidement obtenue : je pratiquai alors, à deux ou trois reprises et à douze ou quinze jours d'intervalle, la cautérisation du trajet périnéal; la cicatrisation complète fut obtenue au milieu de février. Le 5 mars, je constatai la guérison complète de la malade.

J'invoque, en faveur du procédé que je propose, deux avantages principaux : le premier est la facilité très grande avec laquelle on effectue les plans de suture; le second, c'est que si la réunion manque sur l'un de ces plans, on a tout au moins substitué à une fistule recto-vaginale une fistule recto-périnéale.

Je sais bien qu'on peut m'objecter que, dans mon observation, la suture vaginale fut forcée en un point (le point le plus bas), mais cela tient à ce que j'avais négligé de placer dans ma plaie périnéale une pièce de pansement qui la maintînt béante. Je n'hésiterais pas, en pareille occurrence, à y installer un petit drain ou encore une bandelette de protective ou de gaze iodoformée; dès que j'eus rétabli la communication périnéale, les gaz cessèrent de passer par le vagin. En somme, mon idée consiste à fournir aux gaz une voie de dérivation possible. Cette idée n'est pas nouvelle : Desprès, à la Société de chirurgie en 1882, conseillait de créer de parti pris une fistule périnéale en enfonçant un trocart du périnée vers le rectum. Verneuil rapporte, dans cette même séance, l'histoire d'une malade opérée par lui d'une fistule recto-vulvaire et chez laquelle un point de suture profonde avait déterminé une fistule périnéale ; malgré le passage de quelques gaz à travers le vagin, cette malade guérit, et fut ensuite traitée par l'incision de sa petite fistule recto-périnéale. Bien avant Desprès et Verneuil, A. Guérin recommandait, dans ses *Eléments de chirurgie opératoire*, de séparer le vagin du rectum, afin de mieux maintenir affrontés les bords de la fistule. A. Guérin ne parle pas des gaz, sa préoccupation est uniquement de maintenir les lèvres des plaies en contact. Je crois, pour ma part, que le procédé du décollement de la cloison recto-vaginale, dont je croyais être à tort l'inventeur, a pour avantage essentiel de détourner les gaz du vagin, dans les cas où la suture rectale cède; en outre, il détruit le parallélisme des orifices vaginal et rectal de la fistule, et il permet, enfin, de pratiquer avec une grande aisance la fermeture de ces orifices.

M. Monod demande à M. Quénu s'il n'y a pas une très grande analogie entre le procédé qu'il vient de décrire et celui qui a été présenté par M. Ziembicki, pour la cure des fistules recto-urétrales

chez l'homme, au dernier Congrès français de chirurgie. L'antisepsie soigneuse du vagin et du rectum est peut-être le facteur principal dans la guérison. M. Monod qui a défendu la section totale du périnée dans le traitement des fistules recto-vaginales, a cependant, dans un cas, pratiqué, sur le conseil de M. Bouilly, l'avivement pur et simple, et grâce à une antisepsie rigoureuse, il a obtenu un succès complet.

M. Segond pense qu'il faut établir une distinction entre les fistules recto-vaginales d'après leur siège. Quand elles sont placées très haut, la fente totale du périnée se présente comme une opération assez importante qu'on peut chercher à éviter. Lorsqu'au contraire ces fistules sont placées assez bas, on est à peu près sûr de les guérir par la section du périnée, et cette opération est d'autant plus rationnelle qu'habituellement, en pareil cas, le périnée lui-même est en assez mauvais état.

M. Reclus s'associe aux remarques présentées par M. Monod. Dans un cas de fistule située très haut et où déjà plusieurs opérations avaient échoué, il a réussi, après une antisepsie exacte du vagin et du rectum, à obtenir la guérison par un simple avivement suivi de la suture. Il a placé dans le rectum un tube de caoutchouc entouré de bandelettes de gaze iodoformée. Dès le cinquième jour, il a pu retirer les fils.

M. Th. Anger a eu à soigner, il y a trois ans, une femme atteinte d'une large déchirure du périnée, remontant à 5 ou 6 centimètres du côté du vagin. La périnéorraphie réussit, mais la malade conserva une petite fistule recto-vaginale, à la cure de laquelle M. Th. Anger appliqua le procédé qu'il emploie dans l'uréthroplastie. Disséquant sur l'un des côtés de l'orifice fistuleux un lambeau, il le fit repasser à travers l'orifice anormal, tandis que du côté opposé, fut disséqué un lambeau semblable qui servit à recouvrir la surface cruentée du premier lambeau. La guérison fut parfaite.

M. Bazy comprend qu'on hésite à fendre le périnée, quand il s'agit de fistules très élevées.

M. Quénu fait la même remarque. Pour ce qui est du tube rectal, il n'est pas toujours bien supporté. Il est préférable de faire la section du sphincter sur la ligne médiane postérieure, ce qui ne complique guère l'opération.

M. Marc Sée a eu affaire à une fistule située très haut. Dans ce cas, il a fendu le sphincter et toutes les parties molles sur la ligne médiane postérieure jusqu'au coccyx, il a pu, ainsi, pratiquer faci-

lement l'avivement de l'orifice fistuleux, et permettre l'issue facile des gaz par la plaie; il s'est efforcé, du reste, de faire en sorte que les sutures vaginale et rectale ne se correspondissent pas; quant à la section du sphincter, il l'a laissée se réparer spontanément. Il a obtenu par ce procédé une complète guérison sans aucun incident fâcheux.

Présentation d'instrument.

M. Kirmisson présente un modèle de rugine modifiée d'après ses indications par M. Mathieu. Dans les rugines ordinaires, la lame a trop de longueur, ce qui expose à faire des échappées; si l'on veut en limiter la longueur en plaçant la pulpe de l'index sur les bords de l'instrument, on se blesse les doigts. La rugine présentée par M. Kirmisson ne mesure pas, dans sa lame, plus d'un centimètre et demi de longueur; elle possède sur sa face dorsale un godet destiné à admettre la pulpe de l'index; de cette façon, l'instrument est bien en main, et peut être manœuvré avec une grande précision.

Présentation de pièces.

Hémato-salpingites consécutives à l'application d'un crayon de chlorure de zinc dans l'utérus.

Par M. Routier.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société sont deux hémato-salpingites de la grosseur d'une orange, provenant d'une femme que j'ai opérée il y a dix-huit jours, actuellement guérie.

Deux points sont intéressants à relever :

1° La cause qui les a produites paraît bien être l'application d'un crayon de chlorure de zinc dans l'utérus; cette application a été faite il y a juste un an pour guérir une métrite dont cette femme était atteinte; bien réglée jusque-là, les règles n'ont plus reparu depuis lors, et à chaque époque présumée, elle a ressenti de violentes douleurs dans le bas-ventre; ces douleurs persistaient moins fortes dans le courant du mois, mais empêchaient tout travail.

Le canal cervico-utérin était disparu, et malgré tous mes efforts, je n'ai pu arriver à le trouver. L'utérus n'étant pas gros, je n'ai pas cru devoir me livrer à des tentatives opératoires pour reformer ce canal, la malade a 37 ans et a eu 4 enfants; j'ai préféré faire la salpingectomie.

2° Un second point me paraît encore digne d'attirer votre attention; ces trompes dans la partie qui avoisine les cornes utérines sont très dilatées, si bien que leur section après ligature ressemblait à une artère fémorale. Or cette ectasie tubaire dans la partie qui s'insère à l'utérus est fort rare dans les salpingites, et nous démontre bien le mécanisme qui a présidé à la formation de cette hémato-salpingite.

J'ajoute que j'ai une autre malade dans les mêmes conditions, qui attend l'opération.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 8 octobre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Gérard-Marchant, demandant un congé pour le mois d'octobre.

Présentation de pièces.

M. Pozzi. J'ai, dans une précédente discussion, affirmé les fâcheux résultats que pouvait déterminer lo traitement de l'endométrite par les flèches de pâte de Canquoin. M. Routier, dans la séance précédente, vous en a présenté une preuve indéniable.

J'ai dû moi-même pratiquer tout récemment la castration ovarienne en raison des troubles dysménorrhéiques très graves qu'éprouvait une malade chez laquelle on avait arrêté, à l'aide de l'in-

troduction d'un crayon de chlorure de zinc, des hémorrhagies utérines assez abondantes, lesquelles s'étaient montrées à la suite d'un avortement probable.

L'utérus était en antéflexion, le col normal et entr'ouvert; mais un peu au delà du museau de tanche on constatait une oblitération complète impossible à franchir avec un fin stylet. Il n'existait aucune dilatation hématique des trompes. Ces dernières, nonobstant, étaient fortement congestionnées, l'ovaire droit contenait deux corps jaunes kystiques et deux ou trois petits kystes folliculaires.

Discussion.

M. Segond. A côté des cas désastreux, comme celui que vient de présenter M. Pozzi, il faut encore compter au passif de la méthode de nombreux accidents que l'on peut qualifier de déplorables. C'est ainsi que, tout récemment, j'ai vu quatre malades qui avaient été soumises à la cautérisation intra-utérine au moyen des flèches, présenter des accidents dysménorrhéiques très douloureux, causés par un rétrécissement cervical que j'ai dû dilater au moyen des bougies de Hégar ; et je tiens à bien établir que les accidents que j'ai dû combattre ne se sont montrés que consécutivement au traitement caustique.

Le rétrécissement est, en général, haut placé et n'est mis en évidence que par l'hystéromètre, qui ne peut le franchir.

M. Reynier. J'ai dû, chez quatre ou cinq malades, avoir recours à la dilatation intra-utérine pour des accidents semblables à ceux que vient de relater M. Segond; mon observation me permet donc de confirmer ce qui vient d'être avancé.

M. Polaillon. A propos des faits qui viennent d'être cités par mes collègues, je désire relever deux points :

1° Le danger de la cautérisation intra-utérine par la flèche de chlorure de zinc n'est pas niable, lorsque cette cautérisation est faite dans des proportions exagérées et dans des cas où elle n'est pas indiquée. J'ai souvent dit que l'écueil de cette méthode était la trop grande simplicité de son application. Dans toutes mes communications à ce sujet, et dans un rapport récent à l'Académie de médecine, j'ai insisté sur les dangers de faire une cautérisation trop forte. J'ai spécifié surtout que cette cautérisation devait être faite avec une grande prudence chez les jeunes femmes, chez toutes les femmes, en un mot, qui sont dans la période de l'activité menstruelle. J'ai cherché à donner les règles du dosage de cette cautérisation pour obtenir l'effet utile. Si des praticiens trop hardis

dépassent la mesure, la faute n'en est pas à la méthode. Le premier devoir du praticien est de savoir employer un médicament à la dose curative et non à la dose toxique.

Cela étant bien établi, je maintiens que la cautérisation intra-utérine avec la flèche de chlorure de zinc donne d'excellents résultats, surtout chez les femmes qui approchent de la ménopause. Chez les femmes plus jeunes, mon expérience actuelle m'a conduit à lui préférer souvent le curettage.

Dans tous les cas, le dosage de cette cautérisation est difficile. Il exige une expérience assez longue, et mes collègues ont bien fait de montrer les dangers de ces cautérisations intempestives, qui ne sont pas faites avec toute la prudence désirable.

2° Dans le second point de mon argumentation, je ferai ressortir que les endométrites sont très difficiles à guérir et qu'elles s'accompagnent souvent d'une lésion des annexes. Or, sur les pièces que M. Routier a montrées dans la dernière séance, on pouvait voir une hypertrophie des trompes qui me paraît ancienne. Dans le cas de M. Pozzi, est-il bien certain que les kystes des corps jaunes ont été la conséquence de la cautérisation intra-utérine ? Pour ma part, je ne saurais l'admettre. Ces femmes avaient-elles des annexes saines avant d'avoir été soumises à la cautérisation intra-utérine ? Il faudrait le savoir avant d'accuser la cautérisation des lésions constatées chez elles. Nous savons, en effet, que la cautérisation, comme le curettage d'ailleurs, améliore rarement les lésions des annexes. Ces lésions continuent à évoluer. Elles peuvent donc s'aggraver et nécessiter l'ablation des trompes et des ovaires.

En résumé, la cautérisation par la flèche de chlorure de zinc reste un excellent moyen de traitement des endométrites, quand elle est pratiquée par une main sage et expérimentée. Elle est dangereuse quand elle dépasse la mesure.

M. Pozzi. Je prends acte de la déclaration de M. Polaillon que la cautérisation est une opération difficile. J'ajoute qu'elle est dangereuse, même entre des mains très expérimentées ; que son maniement, son dosage si on aime mieux, sont d'une application bien plus difficile que ceux du curettage. Il existe, en tout état de cause, une différence tranchée entre les résultats de la cautérisation et ceux du curettage, car ce dernier n'a d'action modificatrice ou destructive que sur la muqueuse malade. On conçoit sans difficulté que ses effets bienfaisants puissent se transmettre de proche en proche jusqu'à la muqueuse tubaire.

La cautérisation détruit d'une façon aveugle et oblitère presque

nécessairement les orifices tubo-utérins, et rend ainsi possible la formation de collections salpingiennes.

Il est un fait bien mis en évidence du reste par les précédents orateurs, c'est que les douleurs dysménorrhéiques ne sont survenues que consécutivement à l'action caustique intra-utérine.

M. Segond. Les auteurs des cautérisations suivies des incidents fâcheux que j'ai signalés échappent aux reproches d'impéritie dont on voudrait les charger, puisque ce sont les promoteurs eux-mêmes de la méthode qui avaient formulé et appliqué le traitement.

D'un autre côté, mes malades n'avaient jamais ressenti les moindres atteintes douloureuses du côté des annexes avant la cautérisation. Les accidents enfin ont cédé à mesure que je pratiquais la dilatation.

M. Routier. Chez ma malade, les règles ne s'accompagnaient d'aucun phénomène douloureux avant le traitement. La tumeur latéro-utérine n'est survenue que consécutivement. Le corps de l'utérus présentait une consistance très ferme; le col était dur, et il me fut impossible de retrouver par le cathétérisme l'orifice cervical.

Les trompes présentaient le maximum de leur tuméfaction du côté de leur insertion utérine, ce qui tendrait bien à prouver que l'hématome salpingien avait succédé à l'atrésie tubo-utérine. Il n'y avait donc point de salpingite préalable, et l'atrésie est bien le fait de la cautérisation.

Je dois ajouter enfin que le dosage de la cautérisation me semble impossible, si on réfléchit à la facilité avec laquelle se dilatent certains utérus, tandis que d'autres se montrent réfractaires à l'action des agents de dilatation.

M. Polaillon. Je répète que l'emploi de la cautérisation doit être l'objet de certaines réserves chez les malades qui n'ont pas atteint l'âge de 40 ans. Aussi, pour éviter l'action trop directe du caustique au niveau de l'isthme de l'utérus, j'ai l'habitude d'enduire d'une couche épaisse de collodion les flèches caustiques au point qui lui correspond.

M. Pozzi. Je considère comme particulièrement dangereuse l'oblitération de l'orifice utérin des trompes, lorsque la muqueuse de ces dernières est malade préalablement à la cautérisation. On conçoit avec quelle facilité doivent se former alors les collections des liquides divers (sang, mucus, etc.) que peut sécréter la muqueuse tubaire altérée. Je ne pense pas que le collodion dont

M. Polaillon enduit une partie de la flèche caustique puisse limiter d'une façon efficace l'action du sel de zinc.

M. Polaillon. L'action exercée par la flèche ne se diffuse point, mais reste, au contraire, très bien localisée aux points avec lesquels on la met en contact.

A propos du procès-verbal.

Traitement des fistules recto-vaginales.

M. Bouilly. J'estime qu'un même mode de traitement n'est point applicable aux diverses variétés de fistules recto-vaginales.

Les unes, en effet, haut situées, siégeant sur la cloison recto-vaginale elle-même, consécutives à des abcès ou des ulcérations diverses, sont justiciables du procédé décrit par M. Le Dentu ou de quelques autres similaires.

D'autres, situées plus bas, dans la région périnéo-sphinctérienne, sont presque toujours consécutives à l'accouchement. Pour guérir ces dernières, la réfection du périnée m'a toujours suffi, et je pratique cette opération sans m'inquiéter de la fistule comprise dans l'avivement.

Rapport.

Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. Procédé de restauration autoplastique, par le Dr E. Delorme, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Rapport par le Dr Horteloup.

Messieurs, vous avez entendu, il y a quelques mois, M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, vous lire une note « sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre par un procédé autoplastique », que vous avez renvoyée à une commission composée de MM. Périer, Anger et Horteloup.

M. Delorme a essayé ce nouveau procédé autoplastique dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'un ancien soldat qui fit, en 1872, une chute sur le périnée en tombant à califourchon sur un bat-flanc d'écurie.

Le blessé ressentit peu de douleur au moment de l'accident ; il rendit de suite une assez grande quantité de sang, mais ne put uriner. Transporté à l'hôpital d'Abbeville, on lui plaça, avec quelque

difficulté, une sonde à demeure qu'on lui laissa vingt-quatre heures ; mais, pris de fièvre, on la lui retira et on fit le cathétérisme trois fois par jour.

Quelques jours plus tard, le cathétérisme fut impossible ; il se forma alors une infiltration urineuse à la cuisse qui s'ouvrit seule et donna issue à de l'urine ; puis il se forma une seconde et une troisième fistule urineuse. Lorsqu'il quitta l'hôpital, après avoir eu un érysipèle de tout le dos, il urinait par ses fistules, un peu par le canal, et le cathétérisme était impossible.

Entré, en 1873, dans le service de M. Gaujot, au Val-de-Grâce, on constate une induration périnéale très étendue, et la persistance des trois fistules; le cathétérisme, avec des bougies fines, est très difficile et très douloureux ; aussi M. Gaujot chercha à détruire le rétrécissement par l'électrolyse ; séance de dix minutes avec 12, puis 18 éléments de la pile de Gaiffe.

Résultat immédiat satisfaisant, mais inflammation consécutive, nouveaux abcès, et la miction est si mauvaise que, peu de mois plus tard, M. Gaujot pratique l'uréthrotomie externe.

Réformé en 1874, il urine très mal, a de fréquentes poussées d'orchite, de nouveaux abcès.

En mars 1876, on pratique l'uréthrotomie interne ; en mai 1876, la divulsion, et comme il ne va pas mieux, en juin 1876, on refait une nouvelle uréthrotomie interne.

En 1878, souffrant toujours, il rentre au Val-de-Grâce ; on essaye la dilatation progressive, mais avec une très grande difficulté.

Aussi, en 1879, nouvelle application de l'électrolyse ; mais le résultat est déplorable : accidents locaux et généraux graves, avec fièvre intense ; nouveaux abcès.

Sorti du Val-de-Grâce en 1880, il rentre quelques jours après chez M. Gosselin, à la Charité, qui réessaya la divulsion, suivie d'une orchite. Il retourne dans son pays, se passant tant bien que mal une bougie ; mais la miction devient difficile, le rétrécissement infranchissable, et il rentre en 1888 au Val-de-Grâce.

M. Delorme, dans le service duquel il était rentré, se demanda à quel traitement il pourrait le soumettre. Il pensa de suite à l'uréthrotomie externe ; mais, craignant qu'après la cicatrisation de la plaie opératoire la coarctation ne se reproduisît, M. Delorme voulut empêcher les deux parois de l'urèthre de se réunir directement, et, pour y parvenir, il voulut interposer entre elles une surface de peau assez épaisse pour qu'elle ne pût pas se transformer en tissu dur et rétractile.

M. Delorme voulait ainsi combiner l'uréthrotomie externe et l'autoplastie.

Voici le procédé auquel il s'arrêta : Disséquer un lambeau cutané rectangulaire de 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur à base répondant au côté droit du périnée, le bord inférieur éloigné d'un centimètre de l'anus.

Une fois le lambeau disséqué, pratiquer l'uréthrotomie externe, et inciser le rétrécissement dans toute son étendue. Cela fait, M. Delorme voulait placer l'extrémité du lambeau entre les deux lèvres de l'incision uréthrale. Mais, pour que chaque lèvre du rétrécissement incisé fût en rapport avec une surface cruentée, il replia l'extrémité libre du lambeau de dedans en dehors, sutura, avec du catgut, les bords inférieur et supérieur de ce repli. De cette façon, M. Delorme obtint un lambeau semblable à l'extrémité d'un doigt de gant.

On place un fil d'argent à l'extrémité supérieure et inférieure de chaque lèvre du rétrécissement, fil d'argent qui traverse ensuite les bords du repli cutané. En fermant ces quatre anses de fils d'argent, on attire le lambeau qui se trouve ainsi fixé entre les deux lèvres du rétrécissement.

Pour fermer la plaie, on suture les bords du lambeau avec la peau voisine et une incision verticale, pratiquée à l'extrémité de la surface cruentée, permet le rapprochement des bords de cette surface cruentée.

Pour éviter le contact de l'urine avec le lambeau, M. Delorme propose de la dériver avec une boutonnière faite au canal de l'urèthre, au niveau de la prostate.

L'opération, ainsi réglée, fut répétée sur le cadavre et exécutée le 30 mars 1889.

Elle fut assez délicate ; après avoir retrouvé les tractus fibreux, résultant de nombreuses fistules, les fibres du transverse profond, M. Delorme aperçut l'urèthre presqu'aussi gros que le petit doigt, très dur et semblant déjeté à droite. Grâce à un cathéter de Maisonneuve, il put facilement inciser le rétrécissement dans toute son étendue. Un écoulement sanguin assez abondant força d'introduire une éponge dans la région prostatique, pour pratiquer un tamponnement.

Le sang un peu arrêté, M. Delorme plaça son lambeau et pour obtenir l'affrontement très exact avec les lèvres de l'incision, il insinua une petite éponge dans la poche que formait l'extrémité du lambeau. Comme résultat, il obtenait un infundibulum placé au devant de l'anus et séparé de celui-ci par un canal conduisant jusque dans la vessie.

L'opération terminée, le sang continuant à couler, M. Delorme fit dans cet infundibulum un pansement compressif très énergique

qu'il laissa deux heures. Lorsqu'il l'enleva, le sang était arrêté et il put placer la sonde à demeure. Il fit un pansement phéniqué qu'il maintint avec des tours de bande.

Le résultat ne fut pas heureux ; le 3e jour, le pansement était infiltré d'urine, le 8e jour, du pus sortait par le méat et, le 12e jour, on constatait la mortification du lambeau dont on enlevait les fragments.

M. Delorme explique son insuccès par le passage de l'urine qu'il attribue aux mouvements du malade et peut-être, dit-il, à ce qu'il n'a pas assez multiplié les points de suture du lambeau.

Aussi se demande-t-il s'il ne serait pas préférable de déverser l'urine par un siphon hypogastrique ? Et pour faciliter le contact des lambeaux, s'il ne serait pas plus rationnel de tailler deux lambeaux à base externe, dont on suturerait les extrémités avec les deux lèvres du rétrécissement. Lorsque les deux lambeaux seraient adhérents, on chercherait à réunir les deux surfaces cutanées par une suture.

Ce ne sont que des données, dit M. Delorme, en terminant son travail, dont une expérience nouvelle peut seule préciser la valeur et qu'on a le droit d'essayer lorsqu'il s'agit de malades qui ont épuisé et défié les ressources ordinaires do la thérapeutique.

Je ne connais pas d'autres opérations autoplastiques tentées contre les rétrécissements périnéaux de l'urèthre, j'avoue que je suis loin de partager les espérances de M. Delorme, mais, n'ayant que des raisonnements à lui opposer, je crois préférable d'attendre une nouvelle tentative.

Dans cette sorte de rétrécissements où la récidive est presque toujours la règle, je crois qu'il est préférable de faire la résection du rétrécissement et des tissus périphériques de l'urèthre.

La récidive s'explique par la dureté, par l'épaisseur de cette masse indurée où se trouvent réunis l'urèthre et les tissus périphériques. Une fois incisées, les lèvres de l'incision ne peuvent s'écarter, et il est impossible d'espérer, comme on l'a dit depuis Reybard, qu'une pièce puisse se placer dans l'écartement de l'incision. La cicatrisation se fait entre les deux lèvres qui restent accolées l'une contre l'autre, et il n'est pas nécessaire qu'il se fasse un nouveau travail de rétraction pour voir survenir la récidive ; l'incision cicatrisée, le rétrécissement est reformé comme auparavant. Après avoir fait la résection, on a proposé d'attirer les deux extrémités de l'urèthre et de faire la suture ; je ne crois pas que cela soit possible pour des résections de plusieurs centimètres, aussi peut-on se demander comment est formé ce nouveau canal qui met en communication les deux portions de l'urèthre.

N'ayant pas eu l'occasion de faire d'autopsie, je ne saurais

répondre, mais, en s'appuyant sur des comparaisons, on peut essayer de le deviner.

J'ai montré, à la Société de chirurgie, les pièces d'un malade opéré d'uréthrotomie externe trois ans auparavant. La paroi inférieure du canal, sur laquelle avait porté l'incision, était presque détruite, et à l'autopsie, il fut impossible de constater aucune trace de cicatrice. Mais, dans certains trajets fistuleux de l'anus, on trouve quelquefois des parois, lisses, fibreuses, résistantes, constituées par une trame dermopapillaire, recouverte d'une couche épithéliale stratifiée.

Dans un excellent article sur les fistules, notre savant collègue M. Pozzi, en citant cette organisation des trajets fistuleux, se demandait s'il ne fallait pas y voir une formation nouvelle, néoplasique, influencée par ce que Vogel appelait la loi d'analogie de formation, ou ce que Broca désignait sous le nom d'influence de la région. M. Pozzi ne le mettait pas en doute. Je ne me permettrai pas de donner mon avis, mais j'espère qu'il est dans le vrai, car, on comprendrait alors comment un canal de nouvelle formation puisse se produire entre les deux extrémités du canal et comment des guérisons persistent chez des individus auxquels on a excisé plusieurs centimètres d'urèthre.

Des observations ultérieures nous diront peut-être s'il est préférable, contre un rétrécissement traumatique de l'urèthre récidivé, de pratiquer la résection ou de faire l'autoplastie. Quoi qu'il en soit, je vous propose :

1° De remercier M. Delorme de son intéressante communication ;

2° De déposer son mémoire dans nos archives.

Présentation de malade.

Fracture ancienne de la rotule. Ablation du fragment supérieur.

M. Chaput présente un malade atteint d'une fracture de la rotule, avec impuissance complète de la flexion. L'ablation du fragment supérieur sans ouverture de l'articulation a suffi au retour complet des fonctions du membre. (M. Richelot, rapporteur.)

Présentation de pièce.

Drain tombé dans la plèvre après un empyème. Fermeture de la plaie de la pleurotomie. Vomique pulmonaire. Nouvelle pleurotomie et résection costale. Ablation du corps étranger.

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter un drain tombé dans la plèvre chez un malade de 20 ans traité pour une pleurésie purulente par l'empyème au mois de novembre 1889. Le malade fut renvoyé chez lui avec deux drains. Le médecin qui continua à lui donner ses soins s'aperçut à un moment que l'un des tubes manquait et pensa qu'il s'était égaré dans le pansement. Toujours est-il qu'il se reproduisit peu après une vomique purulente, en même temps que le malade avait de la fièvre et que l'on constatait les signes manifestes d'une cavité remplie d'air et de liquide au niveau de la partie inférieure et postérieure de la plèvre droite. Je pensai, et d'ailleurs ma conduite eût été la même en cas d'erreur, que le drain perdu à un moment donné pourrait bien être tombé dans la plèvre et constituer la cause de la persistance des accidents.

Je me décidai donc à rouvrir la plèvre le 20 septembre 1890, au niveau du huitième espace intercostal et en arrière. Je réséquai 6 centimètres de la 8e côte ; j'explorai avec mon doigt le cul-de-sac inférieur et trouvai assez rapidement au milieu d'un magma fibrino-purulent le corps étranger qui est un drain long de 8 centimètres, épais de 5 millimètres.

Le malade, après un lavage au chlorure de zinc à 1 0/0, a été pansé antiseptiquement après suture et placement de deux gros drains accouplés en canons de fusil. Les expectorations purulentes ont cessé au bout de huit jours, la température a baissé et est revenue à la normale. L'opéré est actuellement complètement guéri. Les drains ont été retirés au bout de quinze jours.

Ce fait m'a paru remarquable en ce que, malgré la présence d'un corps étranger, la plèvre s'est refermée sur lui. Il me paraît que la chose peut s'expliquer par la vomique pulmonaire qui avait précédé la cicatrisation complète de la plèvre de la pleurotomie. C'était par le poumon que se vidait la sécrétion de la poche purulente.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 15 octobre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

1° *Sur le traitement de l'endométrite.*

M. Quénu. Mes collègues ont fait le procès de la cautérisation par les bâtons de chlorure de zinc dans le traitement de la métrite. Je viens également déposer dans le même sens à titre de témoin à charge. J'ai examiné aujourd'hui même une victime de ce traitement, et pourtant il avait été appliqué par celui qui en a été le promoteur. Voici le fait : Mme E..., âgée de 26 ans, est accouchée pour la première fois il y a près de trois ans; six mois après, des phénomènes de métrite s'accusèrent nettement : sensation de poids au bas-ventre, pertes abondantes en blanc, etc.; mais d'ailleurs aucune douleur véritable, j'insiste là-dessus. Elle entra le 3 septembre 1889 à l'Hôtel-Dieu ; on lui appliqua dès le 4 le bâton de chlorure de zinc: pendant quarante-huit heures elle souffrit le martyre, suivant sa propre expression, et l'on fut obligé de la piquer à la morphine; cette cautérisation ne fut pas suivie de l'élimination d'une eschare. Les douleurs s'amendèrent et Mme E... quitta l'hôpital quinze jours après, notée *comme guérie.* Dès le lendemain de sa rentrée chez elle, elle fut prise de fièvre et de douleurs abdominales intenses : ces symptômes la tinrent au lit pendant trois mois. En janvier 1890, les pertes en blanc ayant reparu, la malade entra dans le service de M. Horteloup, qui lui fit un curettage (sans dila-

tation, paraît-il); une amélioration suivit ce traitement, mais elle n'a pas été de très longue durée. Depuis sa cautérisation, la malade a toujours souffert du bas-ventre et des reins. Aujourd'hui l'examen permet de constater la persistance de la métrite et, en plus, l'existence d'une inflammation des annexes du côté gauche: les époques menstruelles ne sont pas particulièrement douloureuses, il n'y a pas d'atrésie de l'orifice interne du col, l'orifice externe est rétréci et cicatriciel.

En résumé, cette malade n'a retiré du traitement aucun bénéfice au point de vue de sa métrite, et il lui est survenu une inflammation péri-utérine dont antérieurement elle ne présentait aucun symptôme.

M. Polaillon. Je désire qu'il soit bien établi qu'aucune des malades auxquelles on a fait allusion dans la présente discussion ne sortait de mon service.

2° Corps étranger dans la plèvre.

M. Marchand. J'ai eu l'occasion d'extraire de la plèvre chez une jeune fille de 12 ans une sonde en caoutchouc rouge n° 20, qui y avait séjourné pendant quatre mois.

La jeune malade avait subi en province un empyème de nécessité pratiqué dans le 7e espace intercostal droit. Une sonde avait été introduite par l'incision pour diriger les lavages pleuraux.

Un matin la sonde, insuffisamment fixée, ne fut plus retrouvée à sa place. On supposa d'abord qu'elle avait été retirée avec le pansement, qui avait été aussitôt détruit. L'état de la malade ne tarda pas à s'aggraver, et lorsque je l'examinai elle était arrivée au dernier degré de la cachexie. Il sortait de la fistule pleurale un pus d'une fétidité repoussante.

Je tentai de constater la présence de la sonde au moyen de diverses explorations sans y réussir. Je n'hésitai point, comme notre collègue Schwartz l'a fait lui-même, à pratiquer une large incision et à réséquer la côte inférieure, de façon à me créer un passage suffisant pour l'introduction du doigt. Je pus ainsi constater immédiatement la présence du corps étranger et pratiquer son extraction avec la plus grande facilité.

Ces faits se sont passés au mois d'avril 1883; l'enfant d'alors est devenu une jeune fille d'un aspect très florissant, mais qui présente un certain degré de scoliose dû à l'aplatissement de la cage thoracique du côté opéré.

Communication.

Du traitement chirurgical de l'appendicite et de la pérityphlite,

Par M. PAUL BERGER.

Le traitement chirurgical de la pérityphlite est à l'ordre du jour. L'intérêt qui s'attache à cette question s'explique par la gravité même de cette affection, par les accidents mortels auxquels elle expose dans la majorité des cas lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, par son caractère récidivant lorsqu'elle guérit, et surtout par une certaine obscurité qui règne encore sur sa nature.

On se demande si les phénomènes que l'on observe sont toujours sous la dépendance de la même lésion, si l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire péri-cæcal existe ou n'existe pas en dehors des altérations de l'appendice vermiculaire, en un mot si, à côté des appendicites, qui ne sont justiciables que d'une intervention chirurgicale précoce, il n'y a pas des pérityphlites bénignes dont la résolution est la règle et qui ne réclament que des soins et un traitement médical.

C'est pour éclaircir ce sujet que tant de cas ont été publiés dans la presse, tant de communications faites dans diverses sociétés, tout récemment encore au congrès médical de Berlin; que d'intéressants articles de critique, comme ceux de M. Talamon dans la *Médecine moderne*, de MM. Tuffier et Hallion dans les *Archives générales de médecine*, ont été écrits, et que, dans l'une de nos dernières séances, M. Reclus vous a fait part des cas de sa pratique et des réflexions qu'ils lui avaient suggérées.

Je viens aujourd'hui vous apporter quelques faits de mon observation; mais, malgré les déductions pratiques que l'on peut en tirer, je tiens à dire, dès à présent, que ce n'est ni d'eux ni des autres cas publiés par les chirurgiens que l'on peut attendre la solution d'un problème qui relève avant tout de l'observation médicale et de l'anatomie pathologique.

OBS. I. — Le premier cas que j'aie à mentionner peut à peine compter comme un exemple d'intervention chirurgicale dans une pérityphlite. C'était un homme d'environ quarante ans qui avait été admis à l'hôpital Lariboisière la veille au soir, avec des phénomènes de péritonite aiguë.

Quand je le vis le lendemain matin, à 8 heures et demie, il ne pouvait exister de doute sur l'existence d'une péritonite par perforation arrivée tout près de son dernier terme. Malgré l'absence presque complète du pouls, le refroidissement des extrémités, et, je le dirai, justement à cause de la conviction que cet état ultime ne laissait de

faibles chances de survie au malade que dans l'intervention immédiate qui pouvait être pratiquée, je procédai aussitôt à la laparotomie. L'incision à laquelle j'eus recours fut l'incision sous-ombilicale sur la ligne blanche ; dès que le péritoine fut ouvert, il en sortit une énorme quantité de liquide purulent entraînant des fausses membranes. Les adhérences qui existaient entre les anses intestinales nous guidèrent vers le foyer originel de cet épanchement purulent ; il siégeait dans la fosse iliaque droite, où l'on voyait, au milieu des néo-membranes qui unissaient le cæcum aux parties voisines de l'intestin, l'extrémité de l'appendice vermiforme perforée.

L'état du malade s'aggravait tellement sur ces entrefaites que je jugeai nécessaire de refermer aussitôt le ventre, non sans avoir rapidement débarrassé la cavité péritonéale par un court lavage fait à la solution boriquée chaude, et en établissant un drainage au moyen de gros tubes introduits jusqu'à la fosse iliaque droite.

Le malade succomba même avant d'avoir pu être ramené à son lit, quoique l'opération n'eût pas duré plus d'une vingtaine de minutes : ainsi que je l'ai dit, ce résultat était à prévoir, et ce fut plutôt pour le principe que je me décidai à intervenir. La gravité de l'état général n'avait permis de recueillir aucun renseignement sur l'origine et sur la marche des accidents; l'autopsie ne put être faite ; mais ce que nous avons vu pendant l'opération suffit à établir que la mort était bien la conséquence d'une péritonite suppurative déterminée par une appendicite accompagnée de perforation de l'appendice vermiculaire du cæcum.

Obs. II. — Moins de huit jours après, M. Brissaud me priait un soir d'aller voir un jeune garçon de seize ans qui présentait des phénomènes abdominaux graves simulant un étranglement interne, pour juger si une opération chirurgicale était praticable. Je m'y rendis à 7 heures et demie du matin le lendemain.

Le malade avait été pris, quatre jours auparavant, en se rendant à son travail, d'une douleur excessivement vive dans le côté droit du ventre, douleur qui s'était bientôt étendue à tout l'abdomen. Des vomissements étaient survenus dès le début; depuis la veille, ils avaient pris le caractère fécaloïde ; il n'y avait eu ni émissions gazeuses, ni matières rendues par l'anus depuis l'origine des accidents. Actuellement, le ventre était tendu, sonore, douloureux surtout vers les régions inférieures et principalement à droite ; malgré la tension de la paroi, on sentait de ce côté, dans la fosse iliaque, un engorgement manifeste sans fluctuation perceptible et sans matité très prononcée, donnant plutôt du bruit hydroaérique à la percussion. L'état général était des plus graves, le pouls à plus de 160, les extrémités froides ; la peau du ventre présentait à la main une très notable élévation de température.

Ce dernier caractère et la prédominance de la douleur du côté droit, l'engorgement manifeste qu'on trouvait dans la région cæcale à la palpation, me firent adopter l'idée d'une péritonite par perforation, due

probablement à une pérityphlite ou à une appendicite. Je fis aussitôt transporter le malade à l'hôpital, où mon collègue M. Perier confirma mon diagnostic. Avec son assistance, je procédai séance tenante à l'opération.

Une incision fut faite parallèlement à l'arcade de Fallope, à trois travers de doigt au-dessus d'elle et un peu en dehors dans une étendue de 10 centimètres.

Quand je fus arrivé à la face externe du péritoine, je vis, par transparence, la coloration blanche du pus qui était épanché sous cette membrane.

L'incision du péritoine donna issue à une très notable quantité de pus fétide; en décollant quelques adhérences intestinales, j'ouvris largement un foyer étendu au fond duquel je sentis l'appendice vermiculaire rempli par une concrétion très dure. Après avoir abstergé le liquide, j'attirai cet appendice à l'extérieur, et je l'excisai au ras du cæcum, après l'avoir étreint avec une double ligature entre-croisée. Un point de suture en bourse placé sur le cæcum réunit la séreuse en avant du moignon. L'appendice présentait tout près de sa base une perforation plus grosse qu'un pois ; il renfermait une concrétion stercorale très dure, du volume d'une noisette. Pendant l'opération, j'ouvris un très vaste foyer purulent situé en arrière du cæcum et plongeant jusque dans l'excavation pelvienne. L'intérieur de ces foyers fut abstergé, lavé à la solution boriquée tiède, drainé, et l'incision fut réunie par la suture.

Quoique le malade se dît très soulagé par cette opération, qui mit fin aux vomissements et aux phénomènes douloureux, le soir je le trouvai dans un état de dépression qui se termina par la mort le lendemain matin. L'autopsie fut refusée par la famille.

Dans ce cas, les accidents avaient donc débuté brusquement par la perforation de l'appendice : la péritonite aiguë qui en avait été la conséquence avait dès le début déterminé l'apparition de phénomènes capables de faire croire à un étranglement interne, ce qui est un des caractères des péritonites par perforation. Si plus tard la suppuration, circonscrite par ces adhérences intestinales aux environs du point primitivement malade, avait paru se former en foyer, cette circonscription des phénomènes locaux n'avait pas empêché la septicémie péritonéale d'entraîner la mort.

Obs. III. — Un jeune homme de 18 ans était entré le 9 mai dans le service de M. le Dr Duguet avec des accidents de pérityphlite :

Deux ans et demi auparavant déjà, il avait présenté une atteinte analogue, mais moins violente; celle-ci était dissipée au bout de quelques jours, après l'administration d'un purgatif et l'application d'un vésicatoire.

La veille au soir (10 mai), après deux ou trois jours de douleurs abdominales vagues, il avait été pris de coliques très douloureuses, siégeant principalement dans le côté droit du ventre, de vomissements bilieux très fréquents et de délire. Depuis trois jours il n'avait pas été à la selle.

Il se présentait avec un ventre ballonné, douloureux, où la palpation faisait reconnaître une zone empatée et rénitente dans la région du cæcum : c'est à ce niveau qu'était le maximum de la douleur spontanée ou provoquée par les pressions ; la percussion y donnait une matité bien manifeste.

La température était élevée, le pouls à plus de cent pulsations.

L'application de sangsues sur la région malade n'amena aucun soulagement ; le 11, le 12 mai, le gonflement du ventre augmenta, les vomissements s'établirent de nouveau, la miction devint difficile et il fallut recourir à la sonde.

Le 13 au matin, malgré une garde-robe amenée par un lavement purgatif, la situation était grave. Le malade avait le facies grippé ; il était tourmenté par des hoquets et de temps en temps par des vomissements brunâtres ; la respiration était anxieuse et le pouls franchement abdominal, petit et très fréquent.

Le ventre était ballonné et douloureux dans toute son étendue.

Mais il existait une localisation bien nette de la matité, de la tuméfaction profonde avec rénitence, sans fluctuation appréciable, de la douleur vers la région de l'appendice cæcal, indiquant ainsi d'une manière certaine quel était le point de départ et le siège principal des accidents. Ce fut alors que je vis le malade, et, d'accord avec M. Duguet, je résolus d'ouvrir aussitôt le foyer péricæcal et de chercher la lésion de l'appendice.

Je fis, comme dans le cas précédent, l'incision usitée pour la recherche de l'iliaque externe ; j'ouvris le péritoine et je tombai d'emblée sur un foyer purulent paraissant circonscrit par des adhérences intestinales à la paroi abdominale. Au fond de ce foyer, je sentis comme un corps étranger, et bientôt je ramenai une concrétion stercorale très compacte, grosse comme une petite noisette et qui venait manifestement de l'appendice. J'eus quelque peine à trouver celui-ci ; et quand je pus le sentir, il me fut impossible de l'amener au dehors.

Préoccupé d'agir rapidement, j'établis donc un drainage très large du foyer après l'avoir complètement évacué et nettoyé, et je refermai la plaie.

L'opéré succomba le lendemain matin aux progrès de la septicémie péritonéale.

L'autopsie fit constater que l'appendice était perforé à un centimètre environ de sa base ; il ne contenait plus de calcul stercoral. Il était très fortement adhérent à la fosse iliaque par son extrémité terminée en cul-de-sac, mais il eût été possible de l'attirer hors de la plaie en commençant par amener le cæcum à l'extérieur. Il existait de la péritonite purulente généralisée, quoique le foyer péricæcal, qui avait été ouvert et qui s'étendait jusque dans l'excavation pelvienne, fût assez exactement circonscrit par les adhérences que les anses intestinales avaient contractées entre elles et avec la paroi.

Sans faire entrer en ligne de compte le premier de ces faits, où l'opération fut pratiquée *in extremis*, on est en droit d'affirmer

que, dans les deux autres, l'intervention chirurgicale seule pouvait sauver la vie des malades, mais qu'elle s'est produite trop tard, quatre ou cinq jours après le début des accidents, alors que les phénomènes de péritonite septique ne lui laissaient plus guère de chance d'arriver à un résultat utile. Il ressort même manifestement de ces observations que l'opération doit être pratiquée aussitôt que possible, que son succès dépend principalement de l'époque très rapprochée du début des accidents à laquelle on y a recours. Il en est des perforations appendiculaires, à cet égard, comme de toutes les perforations intestinales, en y comprenant celles qui reconnaissent une origine traumatique. Reste à savoir :

1° Si toutes les pérityphlites sont déterminées par des lésions de l'appendice vermiculaire, et si ces dernières menacent toujours le malade de la perforation et de ses conséquences ;

2° Au cas contraire, s'il y a des moyens qui permettent de reconnaître l'appendicite de la pérityphlite, et, parmi les appendicites, celles qui conduisent à la perforation, à la suppuration et à la péritonite ;

3° Au cas où ce diagnostic ne serait pas possible, s'il convient, dans tous les cas, de se comporter comme si l'on était en présence de la plus grave de ces alternatives, et, si l'on n'ose le faire, à quel moment précis une pérityphlite ou une appendicite dont l'issue pouvait jusqu'alors être considérée comme douteuse réclamera intervention immédiate ;

4° Quel est enfin, suivant les cas, le meilleur mode d'intervention chirurgicale.

I. — L'ancienne doctrine de l'inflammation du tissu cellulaire péricæcal consécutive aux lésions du cæcum lui-même, de la pérityphlite consécutive à la typhlite, tend à s'effacer de plus en plus devant la théorie de l'appendicite, c'est-à-dire que les lésions de l'appendice vermiculaire sont généralement rendues responsables des désordres que l'on attribuait autrefois à la pérityphlite. Ce revirement, dont les chirurgiens américains ont donné le signal et qui trouve son expression la plus récente dans la thèse de M. Maurin, dans un mémoire de M. Roux (de Lausanne), dans deux revues critiques dues l'une à M. Talamon, l'autre à MM. Tuffier et Hallion, a été déterminé par la constatation du siège précis de la suppuration, qui, dans la très grande majorité des cas, se produit, non point dans le tissu cellulaire péri-cæcal, mais dans le péritoine qui entoure le cæcum, plus ou moins cloisonné par les adhérences, et par la considération de la fréquence avec laquelle se rencontrent les lésions de l'appendice vermiculaire. Mais les partisans les plus convaincus des idées nouvelles ne peuvent nier

que, dans un certain nombre de cas, nombre très respectable encore, le cæcum ne soit seul en cause. Ainsi, sur 136 observations publiées sous le nom de pérityphlite et qu'a réunies M. Maurin dans sa thèse, l'appendice était seul le siège des lésions 94 fois ; mais, dans 36 autres, le cæcum seul était malade. Comme, sur ces 36 cas de pérityphlite véritable, le plus grand nombre, 20 d'entre eux, s'étaient terminés par résolution, on pourrait révoquer en doute l'exactitude du diagnostic porté sur les lésions ; mais il n'en saurait être de même pour les observations suivies d'autopsie, ni pour celles où l'incision a permis de constater directement quelle était la partie malade. Or, cette année même, au Congrès de Berlin, Schuchardt (de Stettin), en présentant un relevé de 9 observations de pérityphlite, dont 8 avaient guéri à la suite de l'incision, a insisté sur l'absence, dans le plus grand nombre d'entre elles, de lésions de l'appendice, et a cru pouvoir conclure que le syndrome de la pérityphlite se rattache fréquemment à l'existence d'un phlegmon paracæcal sans lésion et sans communication directe avec l'intestin.

Ceux mêmes qui rapportent à une appendicite tous les accidents qu'on attribuait autrefois à la pérityphlite sont obligés de reconnaître que toutes les appendicites ne suivent pas la même marche et ne conduisent pas aux mêmes accidents ; M. Talamon a même fondé une classification des appendicites, basée sur ces caractères, en reconnaissant, en dehors de l'*appendicite perforante aiguë*, nom sous lequel il range les faits analogues à ceux que nous venons de citer, des *appendicites subaiguës* dans lesquelles des adhérences se font autour de la perforation, la protègent, et où l'abcès, s'il se forme, se produit et se développe lentement, les phénomènes restant localisés au voisinage de la partie malade ; des *appendicites simples*, dans lesquelles il y a inflammation, production d'adhérences péri-appendiculaires, mais pas de perforation ; enfin des *coliques appendiculaires*, nom qu'il donne à l'état douloureux produit, ainsi qu'il le croit, par l'introduction simple d'une scybale dans l'appendice. Ces distinctions semblent bien quelque peu théoriques ; il n'en est pas moins vrai que les partisans de l'appendicite sont obligés de reconnaître, à côté des cas où la lésion de l'appendice conduit à la perforation, à l'abcès, à la péritonite, des cas où l'affection se termine sans intervention par résolution simple, et ces cas sont certainement plus nombreux qu'on ne le croit généralement ; si, dans les statistiques comme dans celle de M. Maurin, la mort a été observée 101 fois sur 117, où aucune intervention chirurgicale ne fut mise en œuvre, il faut attribuer la plus grande partie de cette effroyable mortalité apparente à la préoccupation légitime qui s'est attachée aux cas graves,

tandis que les cas légers passaient le plus souvent inaperçus. En peut-il être autrement quand un seul auteur, M. Jégu, peut citer dans un article de la *Médecine moderne* trois cas récents d'appendicite terminés par résolution et guérison complète. Il reste donc bien démontré que, quelles que soient la fréquence et la gravité des lésions de l'appendice qui s'accompagnent des phénomènes classiques de la pérityphlite, il est un certain nombre d'appendicites qui se terminent par résolution, et qu'il est même des pérityphlites vraies où l'appendice et ses lésions n'entrent pas en cause.

II. — L'identité de l'appendicite et de la pérityphlite étant actuellement admise par la plupart des auteurs, de telle sorte que M. Talamon, donnant une formule à l'opinion qui tend de plus en plus à se faire jour, a pu dire : « Pour que la symptomatologie attribuée à la typhlite s'observe, il faut que l'appendice soit intéressé, » il est évident que la base même sur laquelle on chercherait à établir le diagnostic de ces deux affections fait défaut; ce qu'on nommait autrefois pérityphlite est ce que l'on désigne actuellement sous le nom d'appendicite, sans être toutefois certain que l'appendice soit toujours en cause dans les cas de ce genre. De toutes façons, aucun caractère clinique précis ne permet pour le moment de reconnaître deux ordres de faits présentant une symptomatologie et une évolution différentes, suivant que l'appendice est malade ou qu'il est indemne.

Mais ne peut-on distinguer dès le début ceux de ces cas dans lesquels la perforation existe ou est imminente, ceux qui conduisent à la suppuration intra- ou extrapéritonéale, circonscrite ou diffuse, à la péritonite, à la septicémie péritonéale, de ceux qui sont capables de résolution, de ceux que M. Talamon a décrits comme des appendicites simples ou des coliques appendiculaires?

Il est certains cas où ce diagnostic est possible. M. Roux, dans un intéressant mémoire, cite comme caractères des appendicites perforantes les phénomènes suivants : un début subit, instantané, surprenant le malade en pleine santé ou après des troubles prodromiques très légers : M. Roux le compare à un *coup de pistolet;* les accidents de péritonite aiguë généralisée ou de péritonisme qui accompagnent aussitôt l'apparition de la douleur dans la fosse iliaque droite; enfin la constatation dans cette région d'une petite tumeur rapprochée de l'arcade de Fallope, trop petite pour être le cæcum distendu par des matières et constituée par l'appendice malade.

Il est certain, quand ces caractères se trouveront réunis, que l'on pourra annoncer avec quelque certitude, dès l'explosion des

accidents, que c'est à une perforation de l'appendice que l'on a affaire.

D'autre part, il est un bon nombre de faits dans lesquels les accidents sont si peu intenses et si passagers, qu'on ne peut admettre l'existence d'une lésion grave ; tels sont ceux de coliques appendiculaires, tels que les a dénommés M. Talamon.

Mais dans les cas d'intensité moyenne, où se trouve réuni l'ensemble des symptômes de la pérityphlite, peut-on reconnaître, peut-on annoncer dès le début quels sont les plus graves, ceux où la perforation existe déjà ou va se faire, et où l'intervention peut seule sauver le malade, et quels sont les cas légers où tout peut encore spontanément rentrer dans l'ordre?

Cela nous paraît bien difficile ; la pérityphlite est une maladie des plus insidieuses, et les exemples abondent dans lesquels les accidents, après avoir suivi une marche subaiguë et en apparence peu grave, pendant quelques jours, se sont terminés très rapidement avec tous les symptômes de la péritonite par perforation; d'autre part, les observations ne sont pas rares dans lesquelles, malgré un début très brusque et présentant une intensité redoutable, la pérityphlite aboutit à un abcès circonscrit, ou même à une résolution au moins temporaire.

Cette année même, presque en même temps que les trois malades dont j'ai rapporté l'histoire étaient admis successivement et succombaient dans mon service, j'y voyais guérir un homme de 40 ans environ, qui avait présenté le type le plus complet de l'appendicite à début brusque, avec vomissements, douleurs très vives, production rapide d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, fièvre intense et état général des plus sérieux. Comme la tumeur était recouverte par une zone sonore, j'avais les premiers jours différé l'intervention et employé le traitement ancien par les évacuants, les émissions sanguines locales, les onctions mercurielles belladonées. Je fus très surpris de voir au bout de quelques jours la fièvre et la douleur diminuer d'intensité, la tumeur décroître ; et malgré quelques irrégularités dans la convalescence, le malade put quitter l'hôpital près de deux mois après le début de sa maladie, conservant encore un petit noyau d'induration facile à constater au niveau de l'appendice vermiculaire, et bien averti de réclamer sans retard notre intervention si une rechute nouvelle venait à se produire.

J'ai observé la même terminaison heureuse sur un membre de ma famille, jeune homme qui fut atteint, en 1869, d'une pérityphlite des plus graves pour laquelle il reçut les soins de M. le Dr Morin (père) et de notre excellent et honoré collègue le Dr Gustave Monod. A la tumeur iliaque et aux autres phénomènes locaux se

joignirent des symptômes péritonéaux qui donnèrent les craintes les plus vives : néanmoins le malade guérit ; les premières années il conserva une extrême sensibilité de la région iliaque qui s'exagérait dans la marche, ou de temps en temps à la suite des repas; mais depuis plus de quinze ans, les derniers symptômes qui pouvaient faire craindre une récidive ont disparu, et je cite cette observation comme un des exemples les plus incontestables de guérison définitive malgré la gravité des phénomènes initiaux, car l'attention et l'intérêt avec lesquels je l'ai suivie ne peut laisser place à aucune erreur.

M. Jégu, dans le travail récent auquel je faisais allusion, a de même cité trois observations dans lesquelles, à la suite d'un début marqué par des accidents très graves, on a vu survenir la résolution.

Kümmell, de Hambourg, dans une communication au Congrès de Berlin, a admis trois formes d'appendicite: la première, à marche suraiguë, conduit à la péritonite suppurée ou septique: c'est l'appendicite aiguë avec perforation; — la seconde comprend les cas où il se forme un abcès circonscrit; — dans le troisième groupe se rangent les cas où l'inflammation se borne à produire des adhérences qui exposent le malade à des récidives plus ou moins tardives de la même affection ; — enfin, il faut joindre à ces trois ordres de faits, correspondant aux trois premières catégories de M. Talamon, une quatrième dans laquelle, après quelques jours de souffrance, tout rentre dans l'ordre : c'est la colique appendiculaire.

Quand une appendicite ou une pérityphlite se déclarent, vers laquelle de ces terminaisons la conduira son évolution? C'est ce que l'on ne saurait en aucune façon ni prédire, ni même présumer. Certes, il est des cas dans lesquels la gravité des phénomènes généraux, l'état de péritonisme qui a fait subitement invasion, la généralisation immédiate des accidents à la totalité du ventre, doivent faire reconnaître l'existence d'une perforation; il en est d'autres où la bénignité extrême des symptômes et leur amélioration rapide, au bout de quelques heures, permettent d'écarter la crainte de lésions profondes et permanentes, et encore... Mais dans la majorité des cas, en présence d'une appendicite, caractérisée par les phénomènes classiques du début de la pérityphlite, on en sera réduit aux conjectures sur sa marche et sur son issue probable.

III. — En présence de ces incertitudes, quelle est la détermination chirurgicale à prendre ? Un parti de plus en plus nombreux cherche à faire adopter l'intervention chirurgicale précoce comme la règle: cette tendance s'est manifestée dans la discussion provo-

quée par la communication de Bull à la Société des praticiens de New-York, en 1888, dans le mémoire de M. Roux (de Lausanne) au congrès de Berlin, où Graser (d'Erlangen) et Kümmell (de Hambourg) ont proposé d'opérer les appendicites, comme on opère les salpingites suppurées, en extirpant l'appendice, cause de tous les accidents. Plus réservé, notre collègue M. Tuffier a évité de conclure d'une manière absolue en admettant qu'à côté des cas où l'intervention s'impose, il en est d'autres où la temporisation et le traitement médical doivent être préférés.

Nous n'insisterons ici que sur le traitement à adopter dès le début des accidents ; il est trop évident que lorsqu'une péritonite par perforation s'est déclarée, il faut la traiter par l'ouverture du péritoine et la recherche de la perforation ; que lorsqu'il existe une péritonite circonscrite avec collection purulente limitée par des adhérences intestinales ou un abcès péri-cæcal, l'ouverture du foyer de suppuration s'impose dès que son existence est constatée, et que du même coup, pour parer au retour de semblables accidents, et pour empêcher l'établissement d'une fistule pyo-stercorale, il faut chercher l'appendice et l'extirper avec les précautions usitées dans les opérations de ce genre. D'autre part, en présence des cas bénins, à phénomènes atténués, dont nous avons parlé, ou lorsque les accidents s'amendent et indiquent une tendance manifeste à la résolution, peu de chirurgiens seront d'avis d'intervenir quand même. Mais que dire du cas le plus ordinaire, de celui où l'on est appelé à prendre un parti pour une pérityphlite de moyenne intensité, alors que les accidents ne datent que de quelques heures ?

Pour conseiller l'intervention dans tous les cas, bien des chirurgiens se fondent sur la terminaison fatale qui serait la règle, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même ; sur le danger auquel expose la temporisation, de laisser passer le moment favorable pour l'opération et de ne la pratiquer que dans les plus déplorables conditions ; sur la nécessité de prévenir les récidives, si fréquentes, après la résolution spontanée de la phlegmasie, lorsque l'appendice malade a été laissé en place. On peut objecter d'autre part que la gravité de l'affection et la proportion de mortalité qu'elle entraîne sont certainement moindres que ne l'indiquent les statistiques ; que la guérison peut n'être pas suivie de rechutes ; que l'opération par elle-même est sérieuse et peut n'amener à aucun résultat utile, s'il n'y a ni perforation, ni suppuration, et si l'appendice, comme cela s'est vu, n'est pas le point de départ des accidents.

Peut-on, entre ces deux ordres de considérations opposées, adopter un moyen terme ? C'est ce que l'insuffisance du diagnostic

médical nous contraint de faire. Si nous possédions une base anatomique et clinique solide, nous n'hésiterions pas à pratiquer l'incision abdominale et l'extirpation de l'appendice dans tous les cas d'appendicite ; mais le parti qui consiste à ouvrir le ventre sur la foi d'une hypothèse, d'une théorie pathogénique, nous paraît inadmissible, alors que tous les faits ne concordent pas pour en établir l'exacte vérité.

Que faire alors? Temporiser et attendre les indications, en cherchant à reconnaître l'instant précis où elles se produisent pour ne pas s'exposer à agir trop tard. C'est l'aggravation graduelle des phénomènes locaux, de ceux qu'on observe du côté de l'abdomen et de l'état général, qui constitue cette indication ; mais on conçoit combien il est encore malaisé d'en préciser les caractères. La détermination ici variera suivant le tempérament des chirurgiens : les uns opéreront plus tôt, les autres attendront davantage ; mais je pense que le succès sera plus généralement pour les premiers. Les observations nous apprennent en effet que les opérations hâtives sont les plus heureuses, et que, pour agir utilement, il ne faut point attendre que l'aspect grippé du visage, la petitesse et la fréquence du pouls, la douleur étendue à la totalité du ventre, indiquent l'extension de l'inflammation septique à la totalité de la séreuse péritonéale.

L'expectation doit donc être très limitée, et trente-six ou quarante-huit heures d'aggravation continue justifieront pleinement l'intervention à laquelle on n'avait pas cru devoir procéder d'emblée.

Quant au parti qui consiste à procéder, de parti délibéré, à l'extirpation de l'appendice cæcal, après la résolution d'une poussée de pérityphlite, pour prévenir la récidive de cette dernière, c'est une conduite trop fin de siècle pour que nous soyons tenté de l'adopter. La proposition que l'on en ferait à la majorité des sujets risquerait, d'ailleurs, d'en recevoir un assez mauvais accueil, et je crois qu'ils ne comprendraient guère pourquoi le chirurgien qui s'est abstenu, en présence d'accidents pressants, se montre prêt à agir lorsque eux-mêmes n'en sentent plus le besoin. Tout autres seraient les conditions si la région de l'appendice continuait à être le siège d'un engorgement appréciable à la palpation, s'il persistait des douleurs vives survenant par accès et limitant l'activité du malade, ou si celui-ci présentait une nouvelle poussée de pérityphlite ; l'intervention serait dans ces cas suffisamment justifiée par la certitude que l'on aurait de trouver une lésion à traiter, et elle ne serait même pas contre-indiquée par la possibilité d'une guérison spontanée complète, survenant après un temps plus ou moins considérable.

Somme toute, c'est l'insuffisance des connaissances médicales et anatomo-pathologiques sur la pérityphlite qui est responsable des hésitations fâcheuses qui existent encore dans le traitement de cette affection. Celui-ci ne pourra s'affranchir des tâtonnements auxquels il se trouve encore aujourd'hui condamné que lorsque nous saurons si l'appendice cæcal est la cause constante des accidents de pérityphlite, et dans quelle proportion ces accidents sont capables de se terminer par une résolution spontanée dont la possibilité nous est démontrée, mais dont nous ignorons la fréquence.

IV. — Je ne dirai que quelques mots des moyens chirurgicaux à employer ; je n'ai pas vu tous les cas qui peuvent se présenter, et je ne saurais considérer ma pratique comme définitivement arrêtée sur ce point : je crois néanmoins qu'à part les cas où il existe une péritonite généralisée manifeste, cas d'ailleurs bien défavorables à l'intervention, c'est à l'*incision au niveau même de la tumeur* qu'il faut avoir recours. On se guidera donc sur les constatations locales pour décider du siège et de la direction qu'il faut donner à l'incision. A moins que la collection développée dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, en soulevant le péritoine, ne puisse être atteinte en décollant celui-ci sans l'ouvrir, ce qui doit être un cas bien exceptionnel, il n'y a lieu de se préoccuper de la séreuse que pour savoir le moment précis où on l'ouvre et ne pas s'exposer à blesser les anses intestinales adhérentes. C'est, en effet, dans le péritoine, circonscrites par des adhérences intestinales, que se développent les suppurations qui viennent de l'appendice vermiforme. Si même il arrivait qu'en incisant directement sur la tumeur on ne trouvât pas d'adhérences péritonéales constituées et qu'il fallût ouvrir l'abcès en traversant la cavité péritonéale, les précautions que l'on prend pour l'ouverture et la désinfection des cavités suppurantes du petit bassin qui compliquent si souvent les salpingites suppurées et un tamponnement soigné du foyer pratiqué par le procédé de Mikülicz permettront d'éviter la propagation de l'inflammation septique à la séreuse péritonéale. Mais je pense qu'on n'a pas à trop se préoccuper de cet incident, des adhérences entre les anses intestinales et la paroi abdominale établissant dans presque tous les cas une protection suffisante contre l'irruption du pus dans la cavité péritonéale. En tout état de cause, on doit avant tout se guider sur le siège de la tumeur ; l'aborder par le trajet le plus direct est toujours le plus sûr. La sonorité même que peut présenter la paroi au niveau de la fosse iliaque n'est pas un signe certain que le péritoine soit libre. La présence de l'intestin fixé par des adhérences

à la paroi ou le passage des gaz intestinaux dans la cavité de l'abcès suffisent à l'expliquer.

Je pense, avec M. Reclus, qu'il faut rejeter absolument la ponction exploratrice faite dans le but d'assurer le diagnostic; elle est plus dangereuse que l'incision, car elle peut blesser l'intestin ou infecter la cavité péritonéale, et elle ne renseigne en aucune façon sur l'existence des adhérences limitant l'abcès ni sur le siège précis qu'occupe la suppuration. Si l'incision de la paroi abdominale faisait reconnaître que le péritoine est libre d'adhérences, on pourrait, ainsi que Gerster conseille de le faire, introduire la main pour constater le siège de l'abcès et ses rapports, et si ce dernier appartenait aux variétés extra-péritonéales peu communes, telles que la forme rétro-cæcale ou la forme mésocolique postérieure, on pourrait chercher à atteindre le pus par une autre incision convenablement dirigée et n'intéressant pas le péritoine, pour mieux éviter l'infection de la séreuse.

La laparotomie médiane nous paraît devoir être réservée absolument aux cas où les phénomènes de péritonite généralisée prédominent; ainsi que j'ai pu le constater, elle donne un accès très peu commode vers la fosse iliaque et vers l'appendice, et la gêne qui en résulte dans l'exécution du temps le plus important de l'opération risque de prolonger plus qu'il ne convient cette dernière.

Enfin l'on n'oubliera pas que le but de l'intervention est non seulement d'ouvrir une voie à la suppuration, mais de supprimer la lésion qui en est la cause, à plus forte raison de remédier à une perforation intestinale quand elle existe. On recherchera donc avec le plus grand soin l'appendice dans tous les cas, et on ne le laisserait intact que si on constatait qu'il ne présente aucune lésion et qu'il ne renferme même pas de concrétions stercorales dans sa cavité. Dans le cas contraire, qui est de beaucoup le plus commun, ou même dans le doute, on l'extirpera en observant des règles bien connues et sur lesquelles je n'ai pas à revenir. Mais il peut arriver qu'on ne puisse le trouver ou, comme je l'ai vu, qu'on ne puisse l'attirer au dehors, tant sont intimes les adhérences néomembraneuses qui se sont développées autour de lui; si le cæcum est plus mobile, il serait peut-être possible d'amener dans la plaie le point où il donne attache à l'appendice, de sectionner ce dernier après en avoir fait la ligature, et d'en extirper avec plus de facilité la partie périphérique.

On a vu que, malgré la certitude d'une perforation de l'appendice prouvée par la présence dans le péritoine d'une concrétion stercorale, on n'a pu en pratiquer l'extirpation, parce que les recherches et les manœuvres nécessaires pour y arriver eussent

prolongé l'opération d'une manière fatale pour un malade déjà très mal en point ; plusieurs chirurgiens se sont trouvés comme moi dans ce cas ; c'est une condition très défavorable, car le but de l'opération n'est que partiellement atteint, et, indépendamment des dangers qu'il court, l'opéré est exposé aux risques d'une fistule pyostercorale. En pareille circonstance on fait le mieux que l'on peut, et si même on est forcé de laisser l'opération incomplète, on a conscience d'avoir paré aux dangers les plus pressants. Un bon drainage à la façon de Mikülicz doit, dans tous les cas, terminer l'opération.

Communication.

De l'appendiculite chez la femme,

Par M. Richelot.

Les travaux récents ont donné un nouvel intérêt à la vieille question de la pérityphlite, en nous montrant qu'au lieu d'une inflammation du cæcum, la cause des accidents est le plus souvent une lésion de l'appendice vermiculaire. Le rôle de ce petit organe est prépondérant : un corps étranger venu de l'intestin ou formé sur place l'irrite, l'ulcère, le perfore ; autour de lui le tissu cellulaire ou le péritoine s'enflamme à son tour, bien rarement le tissu cellulaire, presque toujours le péritoine, et cela contrairement à l'opinion classique. Les lésions péri-appendiculaires ont pour siège la séreuse, de même qu'une pelvi-péritonite se développe autour des trompes et des ovaires malades.

L'appendice est souvent perforé dès le début, mais non toujours. Tantôt éclate une péritonite généralisée, tantôt les accidents sont progressifs ; il se forme des adhérences et un foyer circonscrit. De toutes façons la maladie est fort grave et les statistiques effrayantes ; aussi devons-nous applaudir aux recherches des anatomo-pathologistes qui nous ont montré avec plus de précision la nature et la marche de l'appendiculite, et à celles des chirurgiens qui nous ont fait toucher du doigt les avantages de l'intervention précoce [1].

Le diagnostic n'offre pas, chez l'homme, de bien grosses difficultés. Le point délicat, c'est de juger si on doit s'abstenir en présence d'une atteinte légère, qui ne paraît pas aller jusqu'à la

[1] Maurin, *Thèse de Paris*, 1890. — Roux (de Lausane), *Revue méd. de la Suisse romande*, avril-mai 1890. — Tuffier et Hallion, *Arch. gén. de méd.*, septembre 1890.

suppuration, qui a des chances pour récidiver et devenir plus grave, mais qui peut aussi guérir d'elle-même. « Contrairement à quelques-uns, nous dit M. Reclus, je pense que l'on ne doit pas inciser l'abdomen immédiatement. » Sans doute ; mais à quel moment précis faut-il se décider? Pour ma part, je n'abandonne pas l'opium et la révulsion dans les cas les plus simples ; — je repousse, avec la plupart des auteurs, les purgatifs, qui peuvent être la cause d'un désastre ; — et, dans les cas où le tact et l'esprit d'initiative du chirurgien sont mis à l'épreuve, je pense qu'il vaut beaucoup mieux agir trop vite que de laisser passer le moment favorable. Je pense qu'il ne faut plus revoir ces cas lamentables, fréquents autrefois et qu'on trouve encore çà et là dans les services de médecine, où des malheureux, la fosse iliaque distendue, étaient soigneusement tâtés chaque matin, couverts de pointes de feu et de vésicatoires; où, après trois semaines de fièvre, de supplices et de dangers, on se demandait encore s'il y avait du pus. Donc, pour peu que la maladie soit aiguë, même sans fluctuation, il faut promptement intervenir pour éviter l'invasion souvent très rapide de la péritonite diffuse, ou la rupture des adhérences et la péritonite secondaire, ou l'ouverture de l'abcès dans l'intestin, la septicémie, l'épuisement, les récidives interminables.

A plus forte raison faut-il se hâter en présence d'une péritonite généralisée primitive. Si jamais la hardiesse que montre aujourd'hui la chirurgie en présence des péritonites graves a été justifiée, c'est bien dans les cas de ce genre, où on peut supprimer la cause et remédier aux effets, réséquer l'appendice et laver le péritoine, si on arrive à temps. Mais encore faut-il ne pas croire pendant trois jours à une obstruction intestinale ; encore faut-il, en présence d'une péritonite qui paraît spontanée, songer à la pérityphlite, ou bien, si on n'y songe pas, être imbu de cette idée qu'il vaut encore mieux ouvrir le ventre que de contempler son malade. J'ai vu, cette année même, une de ces victimes de l'abstention. Un jeune homme de 30 ans est pris subitement de symptômes alarmants : douleur vive dans l'abdomen, à droite surtout, ballonnement, constipation, nausées, fièvre. Trois médecins le voient successivement dans l'espace d'une semaine: le premier tergiverse pendant cinq jours, le deuxième juge qu'il faut se hâter, et met deux jours à appeler le troisième ; ce dernier se hâte réellement et me fait venir dans la journée. Le malade est porté à l'hôpital séance tenante, les extrémités froides et le pouls filiforme ; il meurt en arrivant. A l'autopsie, péritonite purulente et perforation de l'appendice. N'aurais-je pas eu quelque chance de sauver ce malade si je l'avais vu dans les trois premiers jours ?

Voilà ce que disent aujourd'hui les chirurgiens. Mais il est un

point qu'on a généralement laissé dans l'ombre, c'est l'intérêt spécial que peuvent offrir les lésions de l'appendice chez la femme, où d'ailleurs elles sont moins fréquentes. C'est pour y insister que j'ai demandé la parole, à propos d'un fait que j'ai observé il y a quelques mois.

Déjà, dans une de nos discussions précédentes [1], j'ai donné l'observation d'une jeune fille chez qui d'autres chirurgiens avaient diagnostiqué tour à tour pérityphlite, hématocèle suppurée, abcès du ligament large. Il restait des douleurs continuelles du côté droit, sans appareil inflammatoire, et je ne pouvais démêler s'il s'agissait d'une ancienne pérityphlite ou d'une maladie des annexes. L'incision exploratrice me permit de constater l'intégrité absolue de la trompe et de l'ovaire; le cæcum occupait sa situation normale et ne montrait rien d'insolite ; je ne vis pas l'appendice. La malade, très améliorée à la suite de l'opération, je ne sais vraiment pourquoi, eut encore, de temps à autre, quelques poussées subaiguës dans la fosse iliaque droite. Il y avait là certainement un ancien foyer de pérityphlite, et sans doute l'appendice était caché derrière le cæcum. Ce qui fait l'intérêt principal de cette observation, c'est la difficulté du diagnostic, en présence d'une douleur fixe au niveau des annexes, ou du moins très voisine. Cependant, j'imagine qu'un fait pareil me semblerait aujourd'hui moins embarrassant, car il y avait deux points à noter : la douleur était un peu haut située pour appartenir à l'ovaire, à moins de supposer des adhérences provoquées par les accidents antérieurs, et, de plus, il n'y avait rien à gauche. Or, on sait que les douleurs ovariennes peuvent siéger exclusivement à gauche ; mais, quand elles prédominent à droite, il est bien rare que l'autre côté soit absolument indemne.

Voici maintenant l'observation récente à laquelle j'ai fait allusion et qui donne à réfléchir sur deux points : 1° la difficulté du diagnostic chez la femme ; 2° l'opportunité et la nature de l'intervention.

Irma R... est une jeune fille de 18 ans, malade depuis dix-huit mois et très souffrante à chacune de ses époques, surtout aux quatre dernières. Les douleurs, maintenant continues, occupent le côté droit. Elle est entrée, il y a un mois, dans un service de médecine, avec du ballonnement et 39°,5. Les symptômes se sont calmés, il n'y a plus de fièvre; mais la palpation à droite, au niveau même des annexes, es tellement douloureuse qu'il est impossible de la prolonger. Elle souffre moins à gauche ; cependant, il est facile de sentir une petite tumeur mobile et très douloureuse en déprimant la paroi de ce côté.

[1] Société de chirurgie, séance du 12 décembre 1883.

L'hymen est intact et étroit ; je renonce au toucher vaginal, qui me révélerait sans doute un empâtement du cul-de-sac latéral, et ne m'éclairerait pas davantage. Le toucher rectal permet de sentir une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

En résumé : signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, au point qu'elles paraissent tendre à la suppuration, et difficiles à comprendre chez une vierge de 18 ans ; car on trouve bien, dans ces conditions, des névralgies ou des ovaires kystiques, ceux-ci même pouvant simuler l'évolution d'une salpingite, mais on s'explique moins aisément des symptômes d'une telle intensité. Et cependant la douleur est bien sur les annexes, elle n'est pas haut dans la fosse iliaque ; chez toute autre malade, j'admettrais facilement une lésion tubaire ou ovarienne en voie de suppuration. Il n'y a pas de symptômes intestinaux. Il est vrai que la grande douleur siège à droite ; mais le côté gauche n'est pas indemne, et j'y crois sentir une altération de l'ovaire.

En tout cas, il s'agit d'une affection grave, progressive, qui déjà condamne la malade au repos absolu, et qui peut amener de plus grands désordres ; quoi qu'il y ait dans la région des annexes, il me paraît dangereux de rester dans l'inaction et nécessaire d'intervenir. L'opération est faite le 8 juillet 1890, avec mes internes Morestin et Gauthier.

Après une courte incision médiane, je trouve l'épiploon voilant les annexes droites et je le détache avec précaution. L'ovaire droit, mollement adhérent par toute sa surface, est ainsi libéré; il est de volume normal et parfaitement sain. La moitié utérine de la trompe me paraît un peu congestionnée; rien de plus; mais plus j'avance, plus les adhérences épiploïques deviennent intimes, et bientôt apparaît, au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt, que je prends d'abord pour la portion externe de la trompe épaissie et distendue, mais que je reconnais presque aussitôt pour l'appendice vermiforme. Cet organe, étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire, était confondu avec eux dans la même masse épiploïque : frappant exemple de péritonite adhésive autour d'un appendice malade, mais non perforé. J'énuclée peu à peu, sans le déchirer, le cylindre fluctuant, et, l'ayant libéré jusqu'à sa base, je le lie avec un gros catgut ; mais sa paroi friable est coupée par le fil. Alors je le résèque promptement, et je place au niveau de son insertion trois points de suture qui ferment toute communication de la cavité intestinale au péritoine. La trompe et l'ovaire sont réintégrés à leur place. L'appendice, dont la paroi est épaisse, est rempli de pus, mais on n'y trouve pas de corps étranger.

Reste à examiner les annexes gauches. Il n'y a pas d'adhérences, et l'ovaire est attiré facilement : il est doublé de volume par un gros kyste séreux qui occupe son bord libre. Je résèque le kyste avec une mince couche de tissu, j'abandonne l'ovaire ainsi traité et je referme le ventre.

Tout va bien du 8 au 12 juillet ; puis la température s'élève, et on

découvre un petit abcès de la suture, qui oblige à enlever les trois fils inférieurs et à placer un drain. La fièvre tombe aussitôt, la suppuration diminue rapidement. Ablation du drain le 20 juillet et guérison parfaite quelques jours après. J'ai revu la jeune fille tout récemment ; elle est en parfaite santé.

Je n'insiste pas sur la formation d'un abcès superficiel, qui a tenu sans doute à quelque faute légère contre l'antisepsie. Je relève en passant les particularités suivantes : appendice transformé en abcès, mais sans corps étranger; malade depuis dix-huit mois, et cependant sans perforation; pérityphlite adhésive, non suppurée. Mais je veux surtout revenir en quelques mots sur le diagnostic et sur l'intervention.

La fusion intime de l'appendice avec les annexes devait fatalement donner le change pour une lésion tubo-ovarienne, malgré les objections qui se présentaient à l'esprit. Tout se réunissait pour y faire croire : le siège de la douleur, le toucher rectal, tout, jusqu'à la coïncidence d'une altération kystique de l'ovaire gauche. Il faut donc savoir que le diagnostic de l'appendiculite peut être fort délicat chez la femme, et beaucoup plus obscur que chez l'homme.

Quant à l'intervention, je puis dire qu'elle était légitime, et qu'il eût été imprudent de la différer. L'appendice, heureusement, n'était pas perforé; mais il était gorgé de pus, prêt à se rompre, et, si je lui en avais laissé le temps, que serait-il advenu ? En tout cas, le tissu cellulaire était bien loin, et c'est le péritoine qui était menacé.

Et cependant, pour décider l'opération, je ne pouvais affirmer ni la nature du mal, ni la présence du pus. Ouvrir le ventre sans avoir pu faire le diagnostic ! Une laparotomie chez une fille de 18 ans, parce qu'elle a des douleurs ! Chercher un abcès qui pourrait s'ouvrir dans le vagin et guérir tout seul ! etc. Il n'en est pas moins vrai que ma malade doit à l'opération d'avoir échappé à la mort, ou tout au moins à une série d'accidents dont l'issue est très ordinairement funeste. Le mal durait depuis dix-huit mois, je n'ai donc pas agi à la hâte; mais je me suis décidé promptement, parce que l'intensité des symptômes, à défaut d'un diagnostic précis, créait une indication formelle. Et j'ai fait, après tout, une opération moins grave que celles qui nous donnent des succès à peu près constants dans les cas les plus ardus et les plus dangereux de pyosalpingites.

Je ne dirai qu'un mot du siège de l'incision, discuté par les auteurs. J'ai ouvert sur la ligne médiane, et j'avoue que, dans les cas où l'hésitation est permise, j'incline fortement de ce côté. Quand on a l'habitude de la laparotomie, on trouve que l'abdomen

est petit, qu'il est presque facile de l'explorer dans tous les coins, et que l'incision médiane mène à tout. Mais je ne vais pas plus loin, et je reconnais que l'incision latérale est souvent meilleure pour les foyers bien saillants à droite, bien séparés de la séreuse, et après un diagnostic nettement posé.

Je n'ai plus qu'à formuler les conclusions très simples qui découlent de mes observations :

1° Le *diagnostic* de l'appendiculite est plus difficile chez la femme que chez l'homme, à cause du voisinage des annexes de l'utérus.

On y pense naturellement quand le siège de l'empâtement et de la douleur est un peu haut dans la fosse iliaque, et à droite exclusivement.

On doit y penser toutes les fois que les symptômes prédominent sérieusement à droite, même s'il y a quelque signe de lésions du côté gauche, même si la douleur est exactement au niveau des annexes, même si le toucher rectal et vaginal révèle une induration sur le bord droit de l'utérus.

2° L'intervention chirurgicale doit être, avec les réserves que j'ai formulées plus haut, hardie et précoce. Le pronostic de la maladie livrée à elle-même est d'une extrême gravité ; plus on se hâte, plus l'opération se rapproche, par sa bénignité relative, des opérations pratiquées aujourd'hui couramment dans la région des annexes.

Communication.

Sur la typhlite et l'appendicite,

Par M. Routier.

Dans la dernière séance avant les vacances, M. Reclus appelait l'attention de la Société sur les lésions produites par l'inflammation et les perforations de l'appendice vermiforme, et montrait comment, en pareils cas, un diagnostic bien porté pouvait permettre au chirurgien de sauver, par une intervention opportune, un malade trop souvent condamné à mourir.

J'ai observé il y a quelque temps un cas trop instructif pour ne pas vous le citer.

W..., âgé de 23 ans, bien portant d'habitude, fut pris brusquement de douleurs dans l'*hypochondre gauche* (j'insiste sur ce point, car il fut cause de mon erreur) de suite après un dîner fort simple, composé d'œufs et de bifteck, le 9 juin 1890. C'était un lundi soir.

Le mardi matin, mon excellent confrère et ami le Dr Catusse vit le malade, crut à une indigestion et le purgea.

La purgation fut vomie, et il n'eut dans la journée, qui, sauf cela, ne fut pas trop mauvaise, ni urine, ni matières fécales, ni gaz.

Le mercredi, la douleur se réveilla en se généralisant à tout l'abdomen; une piqûre de morphine fait patienter jusqu'au soir.

Je vis le malade le soir du mercredi, à 9 heures ; le facies était anxieux, le corps couvert de sueurs profuses, la langue sèche, le pouls petit à 120, la température axillaire à 38°,4.

Le ventre, ballonné et sonore partout, était assez douloureux.

La vessie était vide, le rectum aussi, et le toucher rectal ne fournissait aucune indication.

Mon diagnostic fut péritonite, sans pouvoir en préciser la cause; on appliqua de la glace sur le ventre, on renouvela l'opium à l'intérieur.

Le jeudi matin, le Dr Larat donna un lavement électrique qui amena l'issue de quelques matières, mais sans gaz, si bien que notre confrère, très expert cependant en pareil cas, crut pouvoir diagnostiquer un étranglement à siège élevé.

Je fis transporter le malade à l'hôpital, où il eut une énorme débâcle ; un mieux notable s'ensuivit aussitôt.

Le vendredi matin, ce jeune homme allait bien, il était seulement un peu fatigué des dix selles abondantes de la nuit.

Le samedi, l'état était tellement bon qu'il voulait se lever et rentrer chez lui; j'eus toutes les peines du monde à persuader aux parents qu'il était prudent de nous le laisser encore.

Dans la nuit du samedi au dimanche, il y eut tout à coup des vomissements, de la douleur abdominale, trois selles diarrhéiques, et le malade mourut à 4 heures du matin.

Nous avons trouvé à l'autopsie une péritonite purulente généralisée, et au niveau de l'appendice une perforation assez large pour permettre le passage d'un gros crayon.

La communication de l'appendice avec le cæcum était interrompue par une boulette de matières fécales durcies au centre de laquelle était un poil.

La perforation siégeait entre l'extrémité de l'appendice et cette boulette, à distances égales environ.

J'avoue n'avoir pas fait ce diagnostic, n'avoir pas un instant pensé à la possibilité d'une lésion du côté du cæcum, et cependant cette question m'était d'autant plus familière que je préparais pour un journal une revue sur les appendicites; je lisais le mémoire de Roux, de Lausanne.

Il est évident que si, au lieu de cette douleur brusque signalée à gauche, le malade avait attiré mon attention vers la fosse iliaque droite, j'aurais peut-être cherché davantage ; mais je ne sentis

rien dans la région cæcale, que j'explorai avec soin, peut-être à cause du ballonnement du ventre.

L'appendice était complètement libre dans l'abdomen avec un revêtement péritonéal complet. Sa ligature et sa résection, qui auraient sans doute été très facilement exécutées le mardi soir, auraient à coup sûr sauvé la vie de ce malheureux garçon.

Il faut donc, je crois, s'efforcer de serrer son diagnostic, et, comme pour toutes les lésions intestino-péritonéales, agir de bonne heure. L'incision latérale me paraît dans ce cas supérieure à toute autre.

Lecture.

M. Cerné (de Rouen) lit un travail sur la *Guérison radicale des varices.*

Renvoyé à une commission composée de MM. Nélaton, Championnière, Quénu, rapporteur.

Présentation de malades.

1° *Carie du sphénoïde ; extraction des os malades.*

M. Quénu. Je présente à mes collègues ce jeune garçon âgé de 18 ans qui était atteint depuis longtemps d'une altération osseuse du sphénoïde : un abcès était venu s'ouvrir en suivant la cloison au milieu du lobule du nez. Deux tentatives opératoires faites au lieu même de l'orifice fistuleux n'amenèrent aucun résultat ; c'est alors que j'obtins la guérison en suivant le plan opératoire suivant, exécuté il y a déjà plus d'un an :

Je fis une incision partant des parties latérales du nez et suivant l'aile du nez jusqu'à la sous-cloison ; je rabattis le nez et incisai la pituitaire sur la cloison ; en me guidant sur un stylet introduit par l'orifice fistulaire, j'arrivai avec le doigt jusqu'à la lésion osseuse elle-même, qui siégeait au bout de la lame perpendiculaire, par conséquent à la partie interne du sinus sphénoïdal ; je ramenai avec la curette quelques parcelles osseuses cariées et plaçai un drain à travers l'incision pituitaire, débouchant dans la narine : l'orifice du lobule fut gratté et suturé Il s'ensuivit pendant quelques jours un écoulement par la narine gauche ; puis, peu à peu, cet écoulement se tarit et je pus retirer ce drain. Il n'est resté qu'une

légère atrésie nullement gênante de l'orifice de la narine. Au point de vue plastique, il est facile de constater que cette grande incision latérale est à peine visible, et dépare beaucoup moins le malade que sa petite incision sur le dos du nez.

2° *Encéphalocèle occipitale.*

M. Picqué présente un enfant d'un mois et demi opéré quinze jours après sa naissance d'une vaste encéphalocèle occipitale. (M. Berger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 22 octobre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Chauvel, désigné comme directeur du service de santé du 9e corps d'armée, demandant un congé d'un an.

Discours prononcé par M. Nicaise aux obsèques de M. Monod.

Au nom de la Société de chirurgie, je viens rendre hommage à notre respecté et vénéré collègue, et dire tous les regrets que nous cause sa mort. Nous le voyions porter si tranquillement sa vieillesse, qu'il ne nous semblait pas qu'il fût déjà tard dans sa

vie, et nous espérions qu'il viendrait encore pendant longtemps nous rendre visite, comme il aimait à le faire quelquefois.

Mais l'heure était venue sans doute, et la mort nous fait perdre notre doyen et l'un des derniers survivants des membres fondateurs de notre Société, au développement de laquelle il a pris une grande part, et qu'il se réjouissait de voir accomplir le programme qu'il avait contribué à établir. Il avait pu en surveiller l'exécution, car pour reconnaître les services qu'il lui avait rendus, la Société, peu de temps après sa fondation, l'avait choisi pour président.

Gustave Monod eut une existence bien remplie ; son amour du travail et sa volonté trouvèrent à s'exercer dans les études et les concours auxquels il dut exclusivement la situation considérable à laquelle il était arrivé, et où il parvint jeune encore. Il fut nommé successivement, d'une année à l'autre, aide d'anatomie, prosecteur, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Plus tard, ses collègues des hôpitaux le désignèrent pour les représenter au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris.

Mais il fut bientôt absorbé par les succès d'une clientèle nombreuse, et il se montra un praticien éclairé et charitable, un chirurgien habile et prudent, un homme droit, intègre, simple en ses manières. Pendant plus de vingt ans il dirigea le service de chirurgie de la maison municipale de santé, et partout et toujours sa vie professionnelle peut nous servir d'exemple et nous encourager, à notre époque précipitée, à la modération et à la patience.

Nul plus que notre regretté collègue n'a toujours eu présente à l'esprit la devise qu'il avait lui-même choisie pour notre Société : « Moralité dans l'art, vérité dans la science ; » il s'en inspirait et dans sa pratique et dans ses travaux scientifiques.

Mais il voulait surtout amasser pour sa famille un riche trésor d'honnêteté et de respect, et il y a réussi ; il était aimé et vénéré par tous ses collègues, auxquels sa mort laisse d'unanimes regrets. Heureusement, la séparation avec Gustave Monod n'est pas complète, car nous le retrouvons tout entier, avec sa droiture, son sentiment du devoir et son dévouement aux malades et à la science, dans notre sympathique collègue et cher ami Charles Monod, que je prie de vouloir bien recueillir et transmettre aux siens l'hommage et les regrets du Président de notre Société.

G. Monod est né à Copenhague le 3 décembre 1803 : il devint interne en 1826, aide d'anatomie en 1828, prosecteur en 1830, chirurgien des hôpitaux en 1831, agrégé en chirurgie de la Faculté de médecine en 1832. De 1839 à 1860 il fut chirurgien de la Maison municipale de santé. Il fut membre fondateur de la Société de chirurgie en 1843, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris

de 1849 à 1855, chevalier de la Légion d'honneur en 1848, officier en 1870.

La séance est levée à 4 heures en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 29 octobre 1890.

Présidence de M. DÉSORMEAUX.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Les Salpingites*, revue critique par M. le Dr OZENNE (Extrait des *Archives de médecine*, mai-juin 1890);

3° *Chirurgie et médecine à l'Exposition universelle de* 1889, par le Dr Aug. REVERDIN. Bienne, 1890 ;

4° *Calendar of the Royal college of surgeons of England*, juillet 1890.

M. le Dr LEPREVOST, membre correspondant national, assiste à la séance.

Présentation de malade.

M. VERNEUIL présente un malade auquel il a pratiqué, pour un prolapsus grave du rectum, la rectopexie. Cette opération a déjà été pour lui l'occasion de communications diverses.

Dans le cas actuel, le malade, avant l'intervention, était dans un état lamentable : faiblesse excessive l'empêchant presque de se soutenir, douleurs constantes, hémoptysies répétées.

Aujourd'hui l'état général s'est très amélioré ; l'embonpoint et

les forces sont revenus ; le malade se dispose à reprendre ses occupations et doit prochainement entreprendre un long voyage.

La région anale a sa conformation à peu près normale ; le prolapsus ne se reproduit plus ; les selles sont régulières et exemptes de douleurs. Dans les efforts excessifs on voit seulement poindre en arrière une légère saillie muqueuse du volume d'une petite cerise, et qui ne dépasse jamais l'orifice anal.

Discussion.

M. Berger. J'ai actuellement dans mon service un malade opéré, pendant les vacances dernières, par M. Gérard Marchant, d'un prolapsus du rectum, par la rectopexie suivant la méthode de M. Verneuil. Il y a eu un peu de suppuration au niveau de l'incision postérieure et des sutures. Le résultat semble pourtant devoir être bon, car il n'y a plus actuellement (6 semaines après l'opération) trace du prolapsus, qui était considérable et avait au moins 8 centimètres de longueur.

Discussion sur la pérityphlite et l'appendicite.

M. Schwartz. La très intéressante communication de notre collègue Reclus sur les appendicites et leur traitement chirurgical nous engage à communiquer les trois observations suivantes :

Obs. I. — Cette observation concerne un homme de 38 ans auprès duquel je fus appelé il y a maintenant bientôt un an pour des accidents graves du côté du ventre. Il a été soigné il y a trois mois pour une typhlite, c'est du moins le diagnostic qui a été porté à ce moment. Les accidents se sont amendés et ont même totalement disparu. Le malade se croyait guéri, quand, au bout de cinq jours d'un excellent état de santé, à la suite de courses en voiture, il fut repris de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, de constipation, en même temps que se manifestait de la fièvre : on constatait alors du côté de la fosse iliaque et du flanc droit de la douleur à la pression et un léger empâtement. Cet état ne s'aggravait pas, mais ne rétrocédait pas non plus, quand, il y a trois jours, la situation changea complètement. La température, qui avait oscillé autour de 38°, monta à 39°. Le malade fut pris de vomissements bilieux, puis noirâtres. Le ventre se ballonna en totalité en même temps que les douleurs, de locales qu'elles étaient, envahissaient tout l'abdomen ; pas de selles ni de gaz par l'anus, accès de hoquet. Un examen approfondi nous permit de constater, malgré le ballonnement de tout le ventre, que la région située au-dessus de la crête iliaque était le siège d'une collection profondément située. Il était

impossible de sentir la moindre fluctuation, mais il existait à ce niveau une résistance profonde et une zone de matité à convexité dirigée vers le haut. L'état général est mauvais. Le malade, qui a beaucoup usé de la vie, est très affaibli; il souffrait d'ailleurs, avant les accidents actuels, do troubles gastriques attribués à de la dilatation de l'estomac. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Notre conclusion fut qu'il s'agissait très probablement d'une récidive de typhlite avec généralisation de l'inflammation au péritoine, et qu'il existait certainement une collection purulente qu'il fallait ouvrir au plus tôt. Cet avis fut partagé par notre maître le Dr Léon Labbé, appelé en consultation. L'opération fut pratiquée le lendemain matin : une incision parallèle à la crête iliaque et se recourbant légèrement en bas vers l'areade crurale longue de 12 centimètres environ nous fit tomber, après avoir traversé tous les muscles de la paroi, dans un foyer rempli de pus horriblement fétide et de la grosseur d'une forte orange, qui était situé en arrière du cæcum, remontait le long du côlon ascendant. Il nous fut impossible, malgré une exploration minutieuse, de découvrir le moindre corps étranger, ni l'appendice iléo-cæcal.

La poche fut lavée, désinfectée et drainée à l'aide de deux gros drains accouplés en canon de fusil. Vu l'état général grave, nous n'avons pas pu entreprendre la laparotomie médiane.

Malheureusement, les accidents généraux continuèrent; c'est à peine si la température baissa d'un degré, et l'opéré succomba à la péritonite généralisée au bout de quatre jours. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. II. — D. J..., âgé de 66 ans, entre à la Maison municipale de santé le 25 juin 1890. Il est très affaibli, pâle, ses traits sont fatigués. Il raconte que son mal a débuté il y a quinze jours environ par de violentes coliques et des douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Depuis longtemps, dit-il, il souffre des intestins. En même temps, cette région devenait très douloureuse à la palpation et la cuisse droite se fléchissait peu à peu sur le bassin. Nous constatons actuellement l'état suivant : aucune saillie du côté de la fosse iliaque droite, aucun changement de coloration de la peau; pas d'empâtement ni de fluctuation. En plaçant le malade sur le côté gauche, il semble que la région située immédiatement au-dessus de la crête iliaque fait une saillie plus grande que celle du côté opposé; elle est douloureuse à la pression profonde et elle paraît rénitente sans qu'il soit possible d'affirmer la fluctuation. Le malade n'a pas de fièvre; sa température ne dépasse pas 37°,5; la langue est un peu saburrale; il n'a pas de constipation, non plus de diarrhée.

La percussion du côté droit nous permet de délimiter nettement une zone de matité à base inférieure à convexité supérieure au-dessus de laquelle on retrouve en avant la sonorité hydroaérique du cæcum; la région crurale proprement dite ne paraît pas atteinte. Nous portons le diagnostic de pérityphlite ou plutôt paratyphlite suppurée avec abcès postérieur, nous basant sur le début de la maladie, sur les antécédents du malade et sur la marche. Nous pratiquons néanmoins, pour

nous rendre compte de la profondeur de la suppuration et nous servir, selon le cas, soit de cocaïne, soit de chloroforme pour anesthésier, une ponction qui ramène du pus à odeur fécaloïde et séreux. L'aiguille s'enfonce de 4 centimètres avant d'arriver dans le foyer. Le malade est chloroformé séance tenante. Incision parallèle à la crête iliaque de 12 centimètres de longueur, couche par couche, de tous les muscles ; on arrive au-dessous du transverse sur le foyer qui contient environ 300 grammes de liquide comme celui qui a déjà été retiré. L'exploration de la cavité anfractueuse qui le contient nous montre que nous sommes en arrière du cæcum. Nous ne trouvons aucun corps étranger, pas d'appendice iléo-cæcal. Lavage du foyer au sublimé à 1/4000, drainage par deux drains très gros accouplés en canon de fusil, tamponnement à la poudre de salol et à la gaze salolée.

Tout s'est bien passé, l'opéré n'a jamais eu de fièvre et est sorti complètement guéri le 27 juillet, soit un mois après l'intervention.

Obs. III. — Notre excellent collègue le Dr Juhel Rénoy nous fait appeler le 21 octobre auprès d'une de ses malades, entrée à la Maison municipale de santé depuis mardi matin, 30 septembre, pour des accidents d'obstruction intestinale et de péritonite.

Elle est malade depuis le vendredi 27 septembre, où elle fut prise de coliques très vives, subitement, sans aucune raison apparente, avec localisation dans la fosse iliaque droite avec constipation.

On administre deux purgatifs dont le premier fut vomi, dont le second amena, paraît-il, trois selles. Les coliques cessèrent à peu près, mais tout le ventre devint douloureux, surtout depuis lundi ; il se ballonna en même temps que se déclaraient des vomissements verdâtres et un hoquet continuel. De plus, depuis mardi, se montra un ictère généralisé avec urine contenant en quantité du pigment biliaire.

La malade est accouchée il y a 6 mois et a eu une pelvipéritonite dont elle était complètement rétablie ; elle a eu aussi, il y a quelques années, des accès de coliques hépatiques.

Actuellement, nous la trouvons dans l'état suivant : femme de 30 ans, facies tiré, hippocratique, un peu cyanosé, nez froid, pouls petit battant environ 130 à la minute, température oscillant entre 38 et 39°, tombée hier à 36°,5, respiration courte et fréquente, vomissements porracés, hoquet continuel. Le ventre est uniformément ballonné et tympanique. A un rapide examen on ne trouve nulle part d'empâtement ni de fluctuation ; la fosse iliaque gauche est très douloureuse. La malade a ses règles, le toucher vaginal révèle un utérus petit, absolument immobilisé, mais sans saillies du côté des culs-de-sac du vagin.

Mon collègue et ami Routier, qui venait de m'aider dans une ovariotomie difficile, voit la patiente avec moi, et tous deux nous sommes d'avis qu'il s'agit d'une *péritonite généralisée* de cause inconnue, qu'en tout cas la seule chose à faire est la laparotomie immédiate.

Chloroformisation après une injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz pleine d'éther.

Laparotomie médiane. Je tombe dans le péritoine sur des anses

d'intestin grêle très distendues qui cherchent à sortir par l'incision de la paroi, sur des exsudats fibrinopurulents qui agglutinent les anses les unes aux autres et à la paroi et qui sont surtout abondants à gauche, d'où sort, à un moment donné, une certaine quantité de liquide sanguinolent par suite de la rupture d'adhérences. Je trouve le cæcum vide, l'S iliaque vide, nulle part de bride, rien du côté du foie, quand subitement, en plongeant plus avant dans la fosse iliaque droite, mon doigt crève une poche pleine de pus fétide et de gaz et contenant deux pépins de citrons. Comme il m'est difficile d'arriver dans le foyer par la laparotomie médiane, je fais immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope et de la crête iliaque droite une incision de 10 centimètres qui permet d'arriver sur l'extrémité inférieure du cæcum et sur l'appendice iléo-cæcal. Celui-ci baigne dans le pus, il est absolument détruit au niveau de son extrémité et adhère très fortement à la fosse iliaque. Je le libère immédiatement du cæcum et de la périphérie, j'applique une ligature sur le bout central, que je cautérise au thermocautère, et l'enlève en totalité. Cela fait, je pratique le lavage par la plaie médiane du péritoine, en y faisant passer 6 à 7 litres d'eau distillée à 45°; j'éponge soigneusement et enlève toutes les fausses membranes et ferme toute la plaie de l'abdomen, tandis que je tamponne avec de la gaze iodoformée stérilisée celle de la fosse iliaque suturée seulement à ses deux extrémités, de façon à fournir par là un écoulement aux liquides. Pansement iodoformé. Vessie de glace. Injection sous-cutanée de morphine et champagne frappé à petites doses. L'opérée s'est réveillée assez rapidement, mais elle ne reprend connaissance qu'incomplètement et elle succombe à 8 heures du soir à la continuation des accidents généraux.

Tels sont les trois faits que nous avons eu l'occasion d'observer récemment. Quels renseignements pouvons-nous en tirer au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement ?

Dans le premier, quoiqu'il n'y ait pas eu de constatation directe, il nous paraît incontestable qu'il s'est agi de lésions inflammatoires du côté du cæcum ou de son appendice. Les antécédents du malade, les commémoratifs, la marche de la maladie, sont plutôt en faveur d'une appendicite perforatrice avec péritonite généralisée après une première période inflammatoire et ulcérative. Le signe qui nous permet d'affirmer qu'il y avait une collection liquide dans la fosse iliaque fut, avec la rénitence, la matité à convexité tournée vers le haut qui remontait à trois travers de doigt au-dessus de la crête de l'os des îles. Le ventre était en effet tellement douloureux et ballonné qu'il était impossible d'appuyer assez profondément pour sentir la fluctuation d'un liquide séparé de l'extérieur par une épaisse couche de parties molles.

L'incision nous permit de pénétrer à travers une paroi à peu près intacte dans un foyer purulent considérable situé en dehors et en

arrière du cæcum, mais sans qu'il nous ait été possible de reconnaître ou de sentir l'appendice iléo-cæcal, ni aucun corps étranger appréciable. C'est là un fait qui a été signalé assez souvent dans les observations pour qu'il n'y ait pas lieu de nous en étonner, l'appendice iléo-cæcal étant dans certains cas absolument détruit par l'ulcération, la gangrène et la suppuration consécutives. L'issue a été fatale, malgré l'évacuation du pus, et cela de par la péritonite généralisée existant déjà au moment do notre intervention. Aurions-nous eu un meilleur résultat en combinant avec l'incision iliaque la laparotomie ? Nous ne l'avons pas pensé, vu l'état général du malade, et d'ailleurs les statistiques sont là pour nous montrer que, quoique l'on fasse alors, la mort suit presque toujours. Il faut avoir la chance d'intervenir très rapidement alors que le péritoine n'est pas encore infecté profondément pour obtenir la guérison. C'est aussi ce que démontre notre troisième observation, dans laquelle les accidents étaient à un degré d'acuité encore plus élevé. Ici le tableau était celui d'un étranglement interne aigu avec péritonite ; la malade ayant eu des coliques hépatiques déjà plusieurs fois, présentant une teinte ictérique très prononcée et des urines bilieuses, notre conviction, do même que celle de notre collègue Juhe-Rénoy, était qu'il s'agissait peut-être bien d'une obstruction par calcul biliaire ; de plus, la malade ayant eu six mois avant une pelvipéritonite, l'on pouvait encore penser à un étranglement par une bride péritonéale.

Elle avait bien accusé une douleur dans la fosse iliaque droite, mais actuellement celle-ci n'existait plus, et bien plus, c'était la fosse iliaque gauche qui était surtout douloureuse à la pression. Le fait est que nous n'avons pas pensé à l'appendicite perforatrice, et n'eût été mon obstination à rechercher l'agent de la péritonite, et à explorer minutieusement et méthodiquement le gros intestin et l'intestin grêle, j'aurais refermé le ventre sans trouver la source du mal. Ici, la collection périappendiculaire était nettement péritonéale, limitée par les anses de l'intestin grêle agglutinées ensemble et par la paroi antérieure de la fosse iliaque ; la vessie était absolument indemne de toute lésion ; c'était l'appendice ulcéré à son extrémité et perforé qui avait laissé échapper dans la séreuse le corps étranger (pépins de citron) que nous y avons trouvé et provoqué la péritonite septique généralisée. Cet appendice, entouré du péritoine de tous côtés sans le moindre méso, était adhérent par son extrémité au péritoine de la fosse iliaque; c'est à 2 centimètres environ de là que l'on pouvait apercevoir une ulcération qui a certainement donné passage au corps étranger trouvé dans le péritoine.

Les deux faits précédents sont à ajouter à tous ceux bien

connus pour démontrer une fois de plus la nécessité d'une intervention très précoce avant l'explosion de la péritonite ; mais ils démontrent aussi les difficultés de diagnostic dont est entouré le clinicien.

Nous dirons peu de chose de notre deuxième observation, qui rentre dans la catégorie des abcès paratyphliques, c'est-à-dire développés dans le tissu cellulaire retro-cæcal et de la fosse iliaque postérieure, si ce n'est cependant pour insister sur la marche lente et insidieuse et la présence d'une zone de matité postéro-latérale, au-dessus de la crête iliaque qui, en l'absence de la fluctuation franche, nous a permis de reconnaître une collection purulente. S'agissait-il d'une appendicite ou d'une pérityphlite ? C'est là une question à laquelle il nous serait difficile de répondre, en l'absence de constatations anatomiques et vu la difficulté qu'il y a dans beaucoup de cas à séparer nettement les deux affections.

De toutes façons, nous terminons en nous ralliant complètement aux conclusions de notre collègue Reclus : intervention précoce, incision iliaque, résection, si on le trouve, de l'appendice. S'il y a péritonite généralisée, malgré notre échec, dû à l'infection déjà trop avancée de notre malade, nous conseillerons la laparotomie, avec lavage du péritoine, en opérant séparément, bien entendu, sur le foyer iliaque et sur la grande séreuse abdominale. Quand on sera en présence d'accidents graves du côté du péritoine, on doit se rappeler que l'appendice iléo-cæcal joue un rôle beaucoup plus important dans la pathogénie des péritonites qu'on ne le croit généralement, et toujours rechercher si l'on ne trouvera rien dans cette direction.

M. Reclus. Lorsque, à la fin du mois de juillet dernier, j'ai provoqué, par ma communication, le débat sur le traitement des appendicites, je désirais surtout procurer à mes collègues l'occasion de nous exposer leur pratique sur ce sujet tout neuf encore. En effet, à Paris du moins, la question n'avait guère été étudiée que par les médecins, et il était grand temps que votre avis fût connu, sur une maladie qui nécessite souvent l'intervention chirurgicale. Mes vœux ont été exaucés, ainsi qu'en témoignent les très intéressantes communications de MM. Berger, Richelot, Routier et Schwartz.

Ces communications toutefois m'ont un peu surpris, en ce que mes collègues ont beaucoup insisté sur la difficulté que présente le diagnostic, et M. Berger surtout nous a parlé des grandes incertitudes qui planent sur les différentes formes d'appendicites. Au contraire, mon impression, à moi, est que d'ordinaire le diagnostic est assez facile. Je ne voudrais pas en donner pour preuves

seulement mes faits personnels, mais ne voyons-nous pas, par la lecture des observations qui s'accumulent chaque jour, aussi bien dans nos recueils que dans les publications étrangères; ne voyons-nous pas, dis-je, que dans l'immense majorité des cas le chirurgien est allé droit au diagnostic et a pratiqué sans hésitation le traitement qui en découle?

Cette impression ressort très nettement de la lecture du mémoire de Kraft, de celui de Roux, de Lausanne, qui repose sur plus de quinze observations personnelles. Les importantes recherches de Gerster, où les cas abondent, n'ont fait que la confirmer. Il en est de même, il me semble, en France. Dans mes trois observations, le diagnostic a été des plus faciles, et si, dans un quatrième cas, chez un malade soigné, il y a deux ans, par le Dr Pibret et vu par M. Verneuil et par M. Le Dentu, nous n'avons pas reconnu la cause d'une suppuration de la fosse iliaque droite, nous ne pouvons qu'incriminer l'insuffisance, à ce moment et sur ce fait particulier, de nos connaissances cliniques. Dans le cas de M. Tuffier, dans ceux de M. Chaput, l'origine de la suppuration a été déterminée à l'avance. Il en est ainsi dans les faits de M. Berger lui-même, et pour ma part, lorsque M. Brissaud vint me parler de son malade, j'avais, à l'énoncé des symptômes, prévu la perforation de l'appendice, diagnostic que l'opération de M. Berger confirmait le lendemain.

Le plus souvent, en effet, le tableau clinique est des plus nets. Mais ici je trouve que Talamon, que Kümmell, et M. Berger à leur suite, ont beaucoup trop multiplié les variétés d'appendicites. Pour moi, il y a l'appendicite et une complication fréquente de l'appendicite, la perforation. Cette perforation elle-même provoque une péritonite tantôt localisée et tantôt généralisée. C'est-à-dire que je ne crois guère à « la colique appendiculaire » de mon ami Talamon. Je ne pense pas que les matières stercorales qui s'engagent dans le processus vermiculaire y provoquent une colique, comme le calcul qui pénètre dans l'uretère. Ces matières qui, dans les trois quarts des cas, sont la cause des accidents, sont très probablement molles lorsqu'elles franchissent la valvule de Gerlach, puis elles durcissent peu à peu, augmentent par l'adjonction de strates successives et prennent la forme de petites olives ou de noyaux de cerise, signalée dans la plupart des observations.

Le contact prolongé de ces matières dures finit par irriter l'appendice; la muqueuse s'enflamme et secrète plus abondamment. D'ailleurs l'inflammation gagne la séreuse et, si une perforation rapide ne vient pas interrompre le travail de prolifération, l'appendice adhère bientôt aux organes voisins; très souvent il s'accole au cæcum lui-même, et cette adhérence imprime parfois au proces-

sus une coudure brusque qui accentue les obstacles qui s'opposent au reflux des corps étrangers et des mucosités de l'appendice dans le cæcum. Ainsi, d'après nous, le premier accident est, non « la colique appendiculaire », mais l'appendicite proprement dite; elle est parfois larvée et ses symptômes passent inaperçus ; on la constate alors au hasard des autopsies ou des laparotomies, sans que rien, dans les antécédents du malade, en ait révélé l'existence. Maurin, Terrier et Marcel Baudouin en ont signalé des exemples. Parfois, au contraire, elle se traduit par une série de symptômes fort nets et que nous retrouvons dans un grand nombre des observations publiées.

Ces symptômes, ce sont les prodromes qui ont précédé tant de fois les perforations appendiculaires. On note des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, même de la pesanteur, de la gêne dans la fosse iliaque droite. Cette souffrance a un foyer constant; on la trouve d'habitude à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et sur une ligne qui va de cette épine à l'ombilic. Or, l'anatomie nous enseigne que ce point correspond assez exactement à l'insertion du processus vermiculaire sur le cæcum. C'est en cet endroit d'ailleurs qu'une palpation attentive permet parfois de reconnaître l'existence d'une tumeur allongée, de la grosseur du doigt, plus ou moins mobile, douloureuse à la pression. Dans ces cas, le diagnostic est relativement facile, et on peut écarter résolument l'hypothèse d'une colique hépatique, avec laquelle naguère on confondait presque toujours ces appendicites; erreur d'autant plus aisée que ces divers symptômes procèdent aussi par crises qui se succèdent avec des intervalles d'accalmie plus ou moins complète.

Après une ou plusieurs de ces crises, ou tout à coup dans les cas d'appendicite larvée, sans prodromes, en pleine santé, mais souvent à l'occasion d'un heurt, d'une violence extérieure quelconque, d'un écart de régime, éclate une douleur déchirante dans la fosse iliaque droite, dans un point que nous avons déjà indiqué, à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette douleur, quelquefois irradiée vers l'ombilic, les organes génitaux et le pli de l'aine, mais à foyer constant, s'accompagne bientôt de signes de péritonite : vomissements, tympanisme, qui voilent presque toujours un signe d'une importance capitale : la tuméfaction de la fosse iliaque droite. Il n'en est pas moins vrai qu'on saura reconnaître cette tuméfaction et qu'avec la douleur caractéristique elle permettra d'affirmer l'existence d'une perforation de l'appendice.

Le diagnostic sera d'autant plus facile qu'on doit faire intervenir aussi la notion de fréquence, et Matterstock nous dit que, sur 146 cas

de suppuration de la fosse iliaque droite, 132 fois la perforation de l'appendice était en cause; de même, dans les statistiques de Fenwick, nous voyons que, sur 123 collections purulentes iliaques droites, l'origine appendiculaire devait être incriminée 113 fois. Dans un relevé de Weir, c'est encore 84 fois sur 100 cas, et Kümmell, à l'article de qui nous empruntons ces chiffres, affirme avoir toujours trouvé une lésion de l'appendice dans, tous les cas où il est intervenu. N'est-ce pas un grand appui pour le diagnostic lorsque le simple calcul des probabilités nous donne déjà une proportion supérieure à 8 sur 10? Certainement ici, comme pour toutes les maladies, il faut s'attendre à rencontrer des faits atypiques ou exceptionnels, des surprises d'autopsie ou d'intervention, et nous n'en voudrions pour preuve que le cas dont vous a entretenus M. Routier et les deux observations bizarres de M. Walther (1); dans l'une et dans l'autre, une péritonite généralisée éclate, accompagnée d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite; or la laparotomie dans un cas, l'autopsie dans l'autre, montraient qu'il s'agissait, non d'une rupture de l'appendice, mais d'une perforation de l'estomac.

Ces cas exceptionnels ne sont pas plus fréquents ici qu'ailleurs, et nous persistons à dire que, le plus souvent, le diagnostic est facile. Mais pouvons-nous aller plus loin et reconnaître à l'avance si l'appendicite a provoqué des adhérences et si les matières septiques, effusées hors du processus vermiculaire, vont être enkystées par les néo-membranes. Nous ne le pensons pas, car ces adhérences peuvent exister dans des cas où éclate une péritonite généralisée: dans notre première observation, le météorisme était intense, les vomissements prononcés, la fièvre vive, et cependant la laparotomie nous montrait des néo-membranes épaisses qui isolaient du péritoine la collection purulente. Rien ne nous révèle l'existence des adhérences, mais du moins les autopsies et les laparotomies prouvent que, dans la grande majorité des cas, ces néo-membranes existent; l'abcès est souvent enkysté, même lorsque éclate la péritonite généralisée.

Cela est important, car l'existence de ces néo-membranes est un argument de plus en faveur de l'incision oblique, parallèle au ligament de Fallope, que nous préconisons avec Roux et qui, dans la plupart des cas, est contenue dans les limites des adhérences. Or, pour nous servir d'une expression de Gerster, « il serait stupide » d'ouvrir le sac péritonéal lorsqu'on peut rester en dehors et évacuer la collection purulente, sans crainte d'inoculer la séreuse. Tout le monde, il me semble, devrait être d'accord sur ce point, et j'ai été

[1] Voy. *Mercredi médical*, n° 52, p. 528.

étonné de ne pas voir M. Richelot y souscriro sans réserve. « Le ventre, nous dit-il, est plus petit qu'on ne le croit, et, par l'incision sur la ligne médiane, on peut en fouiller tous les recoins. » C'est souvent inexact; il est parfois fort difficile d'atteindre alors l'appendice perdu dans le pus et voilé par les fausses membranes. Et cela est si vrai que, dans un cas semblable, Chaput dut, à l'incision médiane, ajouter une seconde incision parallèle à l'arcade de Fallope. N'en fut-il pas de même dans un autre cas que vient de nous citer M. Schwartz?

Mais là est, d'après nous, le moindre inconvénient. La laparotomie sur la ligne médiane nous force de détruire les adhérences, les néo-membranes qui limitent l'abcès; le pus s'écoule alors dans la grande séreuse, qu'il inocule. Or, puisque l'ouverture directe, par une incision parallèle à l'arcade de Fallope, permet de rester dans les limites des néo-membranes, pourquoi ne pas éviter ce danger inutile, la souillure du péritoine? C'est surtout cette raison qui me fait préférer l'incision oblique, devenue d'ailleurs la règle à peu près fixe des chirurgiens.

Aussi n'insisterons-nous pas, et nous croyons pouvoir reprendre, pour clore cette discussion, les conclusions d'un récent article publié par nous dans la *Revue de chirurgie :* 1° une simple et première crise d'appendicite ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision du processus vermiculaire, car cette crise peut être unique et le mal peut ne pas reparaître; 2° si des récidives fréquentes et l'existence d'une tumeur font craindre la rupture de l'appendice, comme nul ne peut mesurer d'avance la gravité des accidents consécutifs, l'intervention est alors indiquée; 3° elle l'est, à plus forte raison, lorsque la perforation a eu lieu et provoque une péritonite généralisée; mais cette intervention, pour avoir quelques chances de succès, doit être précoce, presque immédiate, et pratiquée au moins dans les quarante-huit premières heures; 4° lorsque les accidents sont localisés, il faut encore recourir à l'incision rapide, pour éviter des complications redoutables, bien que déjà des adhérences protègent le péritoine; 5° l'incision oblique nous paraît suffire à l'ouverture de toutes ou, du moins, de presque toutes les variétés de collections purulentes péri-appendiculaires.

M. Terrier. Il est assez fréquent de trouver, au cours de laparotomies, l'appendice cæcal plus ou moins éloigné de sa situation normale, souvent déformé, d'une longueur excessive allant jusqu'à 10 et 15 centimètres, contenant ou non des corps étrangers. Il résulte de ces déplacements que les inflammations diverses dont cet organe peut être le point de départ n'ont pas toujours un siège constant, et qu'il peut arriver que, chez les femmes, on les con-

fonde avec une affection des annexes. Tout récemment, une laparotomie que j'avais dirigée contre une salpingite se terminait par l'extirpation de l'appendice vermiculaire enflammé et plein de pus.

On s'est préoccupé des difficultés que peut présenter le diagnostic. Or, en tenant compte dans l'espèce (comme on doit le faire à propos de tout diagnostic chirurgical) des symptômes offerts par le malade, et aussi de ce calcul des probabilités qui permet de présumer avec certain degré de certitude quel est l'organe affecté dans un cas déterminé, on arrive sans grandes chances d'erreur à attribuer avec une exactitude suffisante les phénomènes que l'on observe à leur cause génératrice. C'est ainsi que, si un malade accuse une douleur vive limitée à la fosse iliaque droite, s'il existe une certaine tension ou un empâtement de la région, si le malade présente en outre des vomissements et de la constipation, on est conduit tout naturellement à porter le diagnostic d'appendicite, parce que, le plus souvent, ces phénomènes correspondent à cette lésion.

Dans certains cas compliqués, on peut avoir quelques hésitations.

Tout dernièrement, je fus appelé auprès d'un enfant qui présentait tous les accidents d'une appendicite; la douleur était telle que l'exploration ne fut possible que sous chloroforme. Je constatai alors que la tuméfaction iliaque était causée, en grande partie, par une tumeur, située immédiatement derrière la paroi abdominale. Mon incision tomba sur une masse ganglionnaire non suppurée, que je traversai. J'arrivai ainsi dans la fosse iliaque et décollai avec ménagement le cæcum. Derrière cet organe existait un foyer rempli d'un liquide noirâtre, sanglant, à peine purulent. J'explorai doucement la cavité et pus me convaincre que du côté du petit bassin elle était limitée par des anses intestinales agglutinées. Je ne me préoccupai point de rechercher l'appendice.

C'est donc dans les seuls signes de probabilité que l'on recherche le plus souvent les motifs de son intervention.

Quant aux opérations nécessitées par l'affection en question, elles varient suivant les lésions qu'elle a déterminées. On peut les ranger sous trois chefs :

1° L'incision simple, s'il s'agit seulement de l'évacuation d'un foyer purulent;

2° La large incision iliaque et la recherche de l'appendice. Cette intervention, bien plus grave que la première, ne doit être entreprise qu'avec de grandes précautions et après mûre réflexion;

3° S'il existe une péritonite purulente, c'est à l'incision médiane qu'on devra recourir, parce que c'est cette dernière qui rend l'évacuation du pus le plus facile et permet les nettoyages les plus

parfaits. Ces différences dans le mode opératoire correspondent, comme il est facile de le voir, à des périodes ou à des complications spéciales de la maladie.

M. Berger. Il est aisé, en général, de reconnaître une pérityphlite. La difficulté commence lorsqu'il s'agit de distinguer celles de ces affections qui guérissent spontanément, des cas qui exigent une intervention chirurgicale. La perforation de l'appendice peut parfois être reconnue, et dans d'autres cas, nonobstant la coïncidence d'une péritonite généralisée, passer inaperçue.

Les chirurgiens ne sont appelés que dans les cas très graves; les médecins ont à soigner les appendiculites bénignes ou de moyenne intensité, lesquelles se terminent presque toujours par la guérison. Aussi seraient-ils plus à même que nous de fournir des renseignements précis sur le nombre relatif des appendiculites bénignes et des appendiculites graves.

Il résulte de là qu'on est fort embarrassé pour établir les règles d'une intervention précise. Je ne puis admettre qu'à l'exemple de quelques chirurgiens on se décide, sur de simples présomptions, à une incision qui peut devenir périlleuse. Je suis d'avis, en tout état de cause, que l'incision médiane doit être réservée pour les cas où il existe une péritonite généralisée.

M. Reclus. Je constate avec satisfaction qu'un accord à peu près parfait règne entre mes opinions et celles de M. Terrier. Mes recherches statistiques tendent à me faire considérer comme très fréquentes, je le répète, les perforations appendiculaires. Gerster a prôné la double incision : une médiane dirigée contre la péritonite, une oblique destinée à l'évacuation des foyers iliaques.

Je crois qu'il est bon de rechercher toujours l'appendice vermiculaire, en prenant soin de le dégager avec la plus grande douceur des fausses membranes qui l'environnent. Cette manière de procéder, si elle ne permet pas toujours son isolement, conduit sûrement à l'ouverture du foyer postérieur : des observations démontrent, en effet, qu'il existe constamment un double abcès : l'un en avant du cæcum, relativement superficiel; un postérieur à cet organe et à l'appendice circonscrit par des fausses membranes et ces organes eux-mêmes.

Je pense, contrairement à M. Berger, que le diagnostic des cas qui relèvent de la chirurgie est souvent exempt de difficultés.

Communication.

Rupture interstitielle de l'urèthre. Fistule pénienne. Uréthroplastie par avivement en 8 de chiffre d'un lambeau préputial,

Par le Dr Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre, membre correspondant national.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de rupture intra-pariétale ou interstielle de l'urèthre. Comme il s'agit d'une lésion rare au point d'être contestée et que l'accident a eu pour conséquence une vaste fistule pénienne que j'ai dû combler par un procédé particulier, j'ai pensé que l'histoire de mon malade pouvait offrir quelque intérêt pour la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'un ouvrier peintre qui, assis à califourchon sur le haut d'une échelle double, eut la verge pincée entre les extrémités supérieures des deux montants, au moment où les pieds de cette échelle vinrent à s'écarter brusquement. Il ressentit une douleur des plus vives et constata, presque aussitôt après l'accident, l'existence d'une petite grosseur vers la face inférieure du pénis, non loin du gland. A partir de ce moment, la miction devint difficile et ralentie, mais il n'eut de rétention complète d'urine que quinze jours après l'accident. Un médecin fit plusieurs tentatives de cathétérisme sans autre accident qu'une légère uréthrorrhagie, la première depuis l'accident, au moment duquel aucune goutte de sang ne s'était écoulée par le méat.

Lorsque je vis le malade deux jours plus tard, une infiltration d'urine distendait toute la loge périnéale inférieure. Je dus faire séance tenante les incisions nécessaires, et le malade guérit au prix d'une fistule de 3 centimètres environ de longueur, située à un petit travers de doigt en arrière du gland.

La présence de tissus cicatriciels indurés au pourtour de la fistule m'empêche d'utiliser les procédés classiques par glissement. De même, en raison de l'infiltration plastique dont le prépuce était le siège, je dus renoncer à le dédoubler, ainsi que cela a été fait quelquefois, pour lui emprunter un lambeau, et j'eus recours au procédé suivant, dont l'exécution fut des plus faciles :

1er *temps.* Excision au pourtour de la fistule des parties superficielles du derme, sur une étendue d'un centimètre environ ; la plaie ainsi obtenue figure assez bien un anneau elliptique au centre duquel se trouve la fistule.

2e *temps.* Je dessine sur la face intérieure du prépuce un anneau de même dimension. Au centre de cet anneau la peau demeure intacte, mais les bords en sont avivés de façon à lui constituer une bordure cruentée d'un centimètre de diamètre. Les deux anneaux ainsi formés se confondent au niveau de l'extrémité antérieure de la fistule et

constituent, par leur réunion, une sorte de 8 de chiffre à boucles très allongées.

3e *temps*. Une incision semi-circulaire comprenant toute l'épaisseur du prépuce permet, après section du filet, de mobiliser et de rabattre l'anneau antérieur sur le postérieur et d'opposer ainsi les unes aux autres et de suturer entre elles les surfaces avivées.

L'opération terminée, la fistule se trouve complètement obstruée par le lambeau emprunté au prépuce, et disposé de telle façon que sa face muqueuse regarde en bas et répond à la peau du pénis, tandis que sa face cutanée est devenue intra-uréthrale, et constitue la paroi inférieure du canal. Les débris du prépuce furent excisés plus tard. Il y eut réunion sur tous les points, sauf au niveau d'un des angles inférieurs, où persista une minuscule fistulette. En somme le résultat fut excellent.

Ce procédé ne sera jamais, évidemment, qu'un procédé d'exception; mais, étant données des circonstances analogues à celles qui m'ont conduit à l'exécuter, on pourrait peut-être s'en souvenir avec utilité.

Lecture.

M. Michaux lit une note sur une modification qu'il a apportée à l'exécution de la résection ostéoplastique du pied dite de Wladimiroff-Mikulicz.

(Ce travail est renvoyé à une commission dont M. Berger est le rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Bazy présente une *synovite du genou* extirpée il y a neuf jours. Cette pièce rappelle les caractères de ce que l'on a nommé lipome arborescent des articulations. Il pense que ces lésions sont d'origine tuberculeuse. L'examen histologique et les inoculations démontreront ultérieurement le bien fondé de cette hypothèse.

Présentation de malade.

M. Picqué présente une malade atteinte d'*ectopie rénale*, à laquelle il a pratiqué avec succès la néphropexie (M. Segond, rapporteur).

Présentation d'instrument.

M. Kirmisson présente un instrument construit, sur ses indications, par M. Mathieu, et qui peut fournir d'utiles renseignements dans l'étude clinique des maladies osseuses et articulaires. Il se compose d'un compas présentant à l'union de ses deux branches un cadran pourvu d'une double graduation, l'une en degrés, l'autre en centimètres. On peut ainsi mesurer l'écartement compris entre les deux branches soit en degrés, soit en centimètres, et se rendre compte, suivant le cas, de l'angle formé par une articulation ankylosée dans une position vicieuse, ou de l'épaisseur d'un os.

Présentation de pièce.

M. Reynier présente une volumineuse *salpingite purulente double* qu'il a extirpée récemment. Une des poches a été déchirée au cours de l'opération ; le pus qu'elle contenait s'est écoulé et a souillé le péritoine. Ce dernier a été lavé et aseptisé au moyen d'un large lavage d'eau boriquée chaude. Malgré cet incident la malade est en très bonne voie de guérison.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai eu dans mes laparotomies, et à plusieurs reprises, le même accident que M. Reynier. J'ai lavé vite et largement, et ai constaté que ces opérations n'ont pas en général de suites sérieuses.

Il existe pourtant certains pus qui possèdent un tel pouvoir infectant qu'il suffit de quelques gouttes pour amener aussitôt une péritonite septique très grave.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

H.-A. Marchand.

Séance du 5 novembre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Un cas d'extirpation de la langue, etc.*, par le Dr Juan Cisneros y Sevillano (de Madrid). Brochure in-8° en espagnol ; Madrid, 1890 ;

3° *Compte rendu du Congrès français de chirurgie* (4e session, 1889). Paris, 1889 ;

4° Lettre de M. Tillaux demandant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire ;

5° Lettres de MM. Delens et Horteloup s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

6° *Tuberculoses osseuses multiples du tarse ; résection de presque tout le tarse ; guérison,* par M. Phocas (de Lille) (M. Berger, rapporteur).

Communication.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie,

Par M. L.-G. Richelot.

Messieurs, je vous ai lu, avant les vacances, la première partie d'un travail sur l'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie. Dans cette première partie, j'ai soutenu que le traitement des fibromes utérins par les courants peut donner de bons résultats, mais à la condition d'avoir un diagnostic précis, de tenir compte de l'âge des malades et du siège des tumeurs ; qu'il peut avoir, dans les conditions opposées, des insuccès et même des effets déplorables. Nous rencontrons souvent, sans avoir besoin de les chercher, des faits qui démontrent que l'électricité est pour la chirurgie utérine un auxiliaire de valeur limitée.

Sans insister davantage, je poursuis l'étude parallèle que j'ai commencée, en examinant à leur tour la castration ovarienne et l'hystérectomie.

II. — On peut faire une comparaison curieuse entre la castration ovarienne et l'électricité, quant à leur manière d'agir et à leurs indications.

Toutes les deux produisent la décongestion de l'utérus ; mais il ne faudrait pas pousser trop loin le parallèle, car les résultats diffèrent profondément. Avec les courants, on exerce une action temporaire, on enraye un symptôme, et la malade est maintenue en état de guérison apparente, à la condition d'y revenir souvent. Quant au retrait de la masse, on le guette, on le mesure en millimètres, on l'évalue à grand'peine à travers la paroi mobile du ventre, mais il est assez rare qu'il saute aux yeux ; je ne le nie pas, mais bien des auteurs nous disent qu'ils n'en ont observé aucune trace. Après la castration, au contraire, les conditions physiologiques de l'utérus sont radicalement changées ; les tumeurs interstitielles subissent une réduction quelquefois très rapide — certaines, qui montaient à l'ombilic, dépassent à peine le pubis au bout d'un mois — et une réduction permanente.

L'électricité, si utile qu'elle puisse être, n'est qu'un palliatif ; l'ablation des ovaires donne des guérisons définitives.

Je sais bien qu'elle peut manquer son but, et qu'on l'accuse d'avoir échoué même contre certains fibromes hémorrhagiques ; mais c'est une exception, car elle réussit justement dans les cas où réussit l'électricité. Toutes deux influencent les tumeurs qui vivent avec l'utérus : celle-ci les modifie temporairement, et leur activité ralentie peut toujours se réveiller ; celle-là les guérit en créant la ménopause. Si bien que les deux méthodes agissent de même et conviennent aux mêmes cas, mais la castration est de tous points supérieure.

Elle est supérieure, mais elle ne suffit pas à tout. Bien des cas lui échappent, les mêmes qui échappent à l'électricité : les grosses tumeurs, végétant hors de la paroi utérine, développées au-dessus du détroit supérieur, et causant l'ascite, la gêne et la compression de l'intestin, le volume excessif du ventre, l'épuisement de la malade ; ou bien les petites tumeurs, qui nuisent par leur siège, rétro-utérines, enclavées, adhérentes, comprimant les vaisseaux et les nerfs pelviens. Deux faits, rapprochés l'un de l'autre, vont nous montrer comment agit la castration ovarienne et quelle est sa véritable indication.

Obs. I. — M[me] S..., 44 ans, souffre depuis la fin de l'année 1887. Pendant les règles, elle a des douleurs vives, une sensation de pesan-

teur avec difficulté pour s'asseoir ; l'écoulement sanguin est très fort pendant quatre ou cinq jours, puis il traîne quelque temps, et ensuite viennent des maux d'estomac qui la rendent inquiète et nerveuse. Je lui trouve un utérus grossi par la présence d'une ou de plusieurs tumeurs interstitielles qui paraissent occuper la paroi antérieure et monter à moitié chemin de l'ombilic. Le col est tourné en arrière, les culs-de-sac latéraux sont libres ; on éveille une certaine sensibilité en palpant, à gauche, un corps mobile qui doit être l'ovaire. L'état général est bon, mais la malade est lasse de souffrir et d'être immobilisée chaque mois. De mon côté, je ne trouve pas légitime de laisser grossir et saigner indéfiniment une tumeur en voie d'évolution active, au lieu d'arrêter ses progrès par une opération qui, dans les conditions présentes, offre toutes chances de bénignité. Il s'agit de l'ablation des ovaires ; elle est bien indiquée pour un fibrome interstitiel et hémorrhagique, et, de plus, elle doit être facile à cause du volume modéré de l'utérus et de l'absence de complications du côté des annexes.

La castration est faite à l'hôpital Tenon, le 10 septembre 1889 ; elle dure vingt minutes. Petite incision, qui permet d'attirer sans peine et de pédiculiser l'ovaire gauche, gros et kystique avec une trompe saine. A droite, l'ovaire offre les mêmes lésions ; il est en prolapsus, mais comme il n'est pas adhérent, l'extraction n'est guère plus difficile. L'utérus est bosselé, plusieurs fibromes occupent sa paroi. Les suites sont bénignes et ne méritent pas d'être notées en détail ; les règles apparaissent le 12 septembre, comme c'est l'habitude après la castration ovarienne, et durent, en s'atténuant, jusqu'à la fin du mois.

Quant au résultat thérapeutique, il est merveilleux : cessation absolue des douleurs et des pertes. J'examine Mme S... en novembre, et je trouve la masse fibreuse tellement réduite que l'utérus dépasse à peine le volume normal. Je l'ai revue souvent depuis lors, et toujours en parfaite santé.

Obs. II. — Bien différent est le cas de Mme D..., qui entre à l'hôpital Tenon le 18 mai 1889. Elle a 48 ans ; sa tumeur s'est développée depuis cinq ans environ. Elle a eu des pertes de sang, mais aujourd'hui elle a surtout des douleurs vives dans le ventre et dans les membres inférieurs ; sensation de pesanteur habituelle dans le petit bassin, irradiations névralgiques dans la région lombaire et jusque dans les genoux. A l'examen, le col est porté derrière le pubis, l'excavation est occupée par une masse, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée mais non adhérente, car elle est soulevée par le doigt, et les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à une autre masse qui paraît grosse comme le poing, saillante au-dessus du pubis, n'atteignant pas l'ombilic et inclinée vers la fosse iliaque gauche. Il est difficile d'affirmer que ces deux masses ne forment qu'une seule tumeur ; cependant, je porte le diagnostic de gros fibrome interstitiel occupant la paroi postérieure.

Le 15 juin, je procède à la castration ovarienne. L'opération marche

régulièrement, un peu laborieuse à cause du volume de l'utérus ; je constate son développement vers la fosse iliaque, et j'enlève les ovaires et les trompes, sans explorer le petit bassin. Suites nulles ; pansement le 23 juin, ablation des fils le 8 juillet; elle nous quitte le 15 juillet, en bon état.

Mais tout n'est pas fini. Je la revois en octobre, nerveuse, dyspeptique, sans règles ni pertes. Elle revient se plaindre en décembre : mêmes tumeurs, abdominale et pelvienne, paraissant ne faire qu'une seule masse, et n'ayant pas diminué de volume. Mêmes compressions dans le petit bassin, mêmes douleurs dans le ventre, les reins et les jambes, même incapacité de travail. La castration ovarienne, bien qu'ayant supprimé les règles, a pleinement échoué ; il me reste à en chercher la cause, et surtout à faire subir à la malade le seul traitement qui désormais lui convienne, l'hystérectomie.

Mme D... figurera tout à l'heure dans un groupe d'hystérectomies sur lequel j'appellerai l'attention. Quant à présent, je me borne à dire qu'une seconde laparotomie pratiquée sur elle le 24 décembre 1889 expliqua fort bien l'insuccès de la première : je trouvai d'abord une tumeur grosse comme une orange, interstitielle, née au voisinage de la corne gauche, qui fut énucléée pour diminuer l'utérus et faciliter les manœuvres ; puis j'allai chercher dans le cul-de-sac de Douglas un second fibrome du volume du poing, qui n'adhérait pas, mais qui fut cependant sorti avec peine. Il était pédiculé sur la face postérieure de l'utérus et franchement extrapariétal. Corps utérin et masse fibreuse furent enlevés en même temps.

Évidemment, l'ablation des ovaires ne pouvait rien contre une tumeur presque indépendante, qui ne produisait ni congestions ni pertes, et ne troublait la santé que par son enclavement dans la cavité pelvienne. Les ovaires supprimés, le volume du fibrome et les compressions restaient les mêmes. C'est pour avoir méconnu cette disposition que je n'avais pas choisi d'emblée l'hystérectomie.

En résumé, la castration ovarienne, pas plus que l'électricité, ne doit être employée sans discernement. Il ne faut pas dire qu'elle est bonne pour les petites tumeurs, et l'hystérectomie pour les grosses; elle peut réussir contre les secondes et échouer contre les premières ; ce qu'il faut surtout, c'est que les tumeurs soient interstitielles. Aussi les conclusions de la Société de chirurgie (16 mai 1888), toutes judicieuses qu'elles soient, doivent-elles être, pour ainsi dire, complétées. J'ai bien dit alors que « certaines conditions d'attitude et de siège des fibromes peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires » ; mais la question n'a pas été posée explicitement. Nous partions de ce principe, que l'hystérectomie abdominale est encore très grave, et que l'ablation des ovaires, étant simple et efficace, devait lui être préférée autant que possible. Oui, la castration est

efficace et souvent — pas toujours — d'une grande simplicité, il faut naturellement la choisir, mais à cette double condition que la disposition anatomique du fibrome ne la rende pas illusoire, et qu'on ne soit pas guidé par la peur de l'hystérectomie, dont le pronostic est, à l'heure où nous sommes, très heureusement amélioré.

III. — La peur d'une opération est un sentiment facile à exploiter chez beaucoup de malades. Mais c'est aux médecins que je parle. Puisque l'électrothérapie, par sa nature même, ne peut réussir constamment; puisque nous voyons tous les jours des cas où elle échoue et d'autres où l'intervention chirurgicale démontre qu'elle aurait échoué; puisque, d'autre part, les modifications plus radicales amenées dans le système utérin par l'ablation des ovaires ne peuvent toujours atteindre le but, il est bon de savoir que l'hystérectomie n'est pas un épouvantail, et que sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Voilà une proposition qui peut sembler, encore aujourd'hui, paradoxale. Pour moi, elle exprime la vérité, et j'espère contribuer à en faire la démonstration.

Il y aurait d'abord, si je voulais traiter la question dans tous ses détails, à faire le départ entre la voie vaginale et la voie abdominale. J'ai rappelé à la Société de chirurgie (*loc. cit.*) que certains utérus à fibromes enclavés et comprimant les nerfs pelviens sont plutôt justiciables de l'hystérectomie vaginale que de la castration ou de l'extirpation sus-pubienne; depuis lors, j'ai fait l'hystérectomie vaginale pour un prolapsus compliqué de fibromes.

J'aurais aussi à faire la part de l'énucléation, applicable aux tumeurs de moyen volume, qu'on peut extraire de la paroi utérine, avec ou sans morcellement, par les voies naturelles ou par l'incision abdominale.

Quant à ces opérations à grand fracas, laborieuses, interminables, qui consistent à morceler par le vagin les gros fibromes atteignant l'ombilic, elles peuvent étonner le spectateur, elles peuvent même réussir; mais elles paraissent moins bénignes à ceux qui ne se contentent pas de regarder faire et qui s'informent des suites. Se condamner à de pareils efforts, dont le chirurgien en sueur et les aides surmenés sont encore les moins à plaindre, c'est méconnaître la valeur de l'opération de Battey et les progrès de la laparotomie.

Cela dit, je reviens, pour n'en plus sortir, à l'hystérectomie abdominale.

J'ai avancé qu'elle est maintenant comparable à l'ovariotomie. Elle est cependant plus laborieuse; les premiers temps, l'extraction de la masse hors de l'abdomen, sont assez difficiles, et

peuvent l'être sérieusement. Sans doute, il y a des kystes de l'ovaire adhérents et dangereux; mais il y en a aussi d'une simplicité parfaite, et c'est un type qui n'existe pas dans l'hystérectomie. Voilà tout, un peu plus de travail et de dextérité. Mais par où différaient essentiellement les deux opérations? Qui faisait l'hystérectomie plus grave d'une façon générale, en dehors des complications? Le traitement du pédicule, question résolue depuis longtemps pour l'une, toujours douteuse et controversée pour l'autre.

Jusqu'ici, malgré le désir que nous avions d'arriver à traiter le pédicule utérin comme celui de l'ovaire et à l'abandonner pour fermer le ventre, le procédé de Schrœder et ses dérivés n'offraient pas une sécurité suffisante, et presque toujours nous fixions le pédicule à l'extérieur. Aujourd'hui, au contraire, je suis partisan résolu de la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la *ligature élastique perdue.*

C'est un procédé qu'ont déjà employé çà et là divers opérateurs, mais sur lequel l'opinion générale est encore loin d'être fixée. Je l'ai mis en pratique, pour ma part, depuis deux ans; mon collègue Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats; tout récemment M. Hector Treub (de Leyden) a lu à la Société gynécologique de Paris un mémoire qui vient à l'appui de nos idées. La description que je donnerai diffère de la sienne par des nuances d'importance secondaire.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge. Le premier, paraît-il, a moins de résistance, parce qu'il n'est pas toujours vulcanisé jusqu'au centre.

L'utérus muni de ses fibromes étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, c'est le moment d'enlever la masse fibreuse par quelques coups de bistouri; j'ai l'habitude de couper d'abord à une certaine distance de la ligature, pour me débarrasser rapidement de la tumeur, puis, le moignon étant saisi avec des pinces-érignes, je le façonne tout à mon aise. La ligature est serrée davantage s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. J'excise les dernières portions de fibromes, qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur, de telle sorte que la section définitive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules

minces. Mais si, par hasard, le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il me semble qu'on peut toujours l'énucléer pour évider le pédicule et l'amincir. J'ai toujours pu jusqu'à présent réduire le volume du moignon et obtenir, en fin de compte, une section de petit diamètre; une seule fois il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle sans la gêner; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Une fois, j'ai vu le bord supérieur du ligament large s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang; aussi ai-je coutume de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature, et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine; il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermo-cautère. Dans un cas, n'ayant pas l'instrument sous la main, j'ai enlevé la muqueuse au bistouri et touché la place avec la solution phéniquée forte; une autre fois, j'ai enlevé à la curette et au bistouri une couche de fibrome ramolli qui occupait le centre du moignon. Ensuite je passe le couteau rougi sur la tranche utérine; je ne crois pas utile de la saupoudrer d'iodoforme.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, je l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

Que devient la ligature élastique perdue? Ordinairement elle s'enkyste; elle s'élimine quelquefois *par le museau de tanche*. Une de mes malades l'a rendue après un an, une autre au bout de cinq mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine; tandis que des adhérences se font à l'extérieur et limitent le foyer, elle se trouve libre dans la cavité cervicale qui n'est pas aseptique, et sort en fin de compte avec les produits de suppuration.

Je ne devrais pas m'occuper ici de la suture abdominale. Cependant, comme on en parle de temps à autre, comme il y a sur ce point des opinions différentes, comme on va jusqu'à invoquer « des éventrations considérables et des hernies volumineuses, d'énormes cicatrices chéloïdiennes qui déterminent des douleurs insupportables », à titre d'arguments contre l'intervention par la voie sus-pubienne, je n'hésite pas à préconiser une fois de plus, en passant, la suture à étages de la paroi abdominale : un surjet au catgut pour le péritoine, un autre pour l'aponévrose et les muscles, un troisième plan au crin de Florence pour la peau et la couche sous-cutanée. Pour éviter les abcès de la suture et, au besoin, des accidents plus graves, il dépend du chirurgien d'avoir de bon catgut. N'a-t-on pas eu nombre d'abcès avec les fils métalliques ? Ce premier point acquis, je déclare n'avoir pas vu, depuis plus de deux ans que je fais la suture à étages et sur un grand nombre de laparotomies, un seul cas de cicatrice difforme ou d'éventration, si petite qu'elle soit ; et cela non seulement après les courtes incisions des salpingites, mais après les ablations d'énormes fibromes ou de gros kystes multiloculaires. Il y a deux ans, la mère d'un de nos jeunes confrères de province avait une tumeur ovarique très volumineuse, presque solide, beaucoup d'ascite et une paroi exubérante ; l'incision fut de 25 centimètres. Au bout de trois mois, la malade mit de côté la ceinture et ne la porta plus jamais; elle a maintenant une ligne cicatricielle insignifiante et marche de longues heures sans fatigue. Je prends ce fait au milieu de beaucoup d'autres.

Étudions maintenant les observations recueillies depuis deux ans soit à l'hôpital Tenon, soit en ville. Voici d'abord une série de treize cas heureux. Dans les trois premiers, il n'est pas question de ligature élastique perdue ; je les rapporte, néanmoins, pour les comparer aux autres.

Obs. I. — Elise B..., 32 ans, porte une tumeur aperçue il y a deux ans, en voie de progrès rapide depuis six à huit mois. Aucune douleur; règles abondantes et prolongées, métrorrhagies en dehors des époques. A l'examen, gros utérus montant jusqu'à l'ombilic, régulier, très mobile. Bon état général.

Opération le 21 septembre 1888, avec MM. Buscarlet, Marquézy, Lafourcade, internes de mon service. — Après l'incision, j'explore avec la main une tumeur lisse et ronde, grosse comme une tête d'enfant; à droite et à gauche, je ne trouve ni les ovaires ni les trompes, si bien que je doute un instant que j'aie sous la main l'utérus lui-même. Ayant agrandi l'incision jusqu'au-dessus de l'ombilic, j'attire facilement la tumeur au dehors, et je constate que c'est bien l'utérus, ayant accompli un quart de révolution sur son axe; les ovaires sont en avant

et en arrière de la masse, sur la ligne médiane. Un fibrome interstitiel occupe le fond de l'organe, et s'est développé au-dessus de l'insertion des trompes. Je place un lien élastique provisoire au niveau de cette insertion, j'incise verticalement la loge musculaire du fibrome, je le coupe en deux et j'énuclée rapidement ses deux moitiés. Puis, l'utérus étant maintenu au dehors à l'aide de pinces-érignes, je pédiculise les ovaires et les trompes au-dessous du lien élastique et je les enlève, de peur qu'ils ne soient cause de congestions et de douleurs dans ce gros pédicule, formé aux dépens du corps de l'utérus. Pour rendre définitive la ligature élastique provisoire, je la serre un peu plus et je la fixe par deux broches placées en croix; enfin, section régulière du fond de l'utérus au-dessus de la ligature. Suture à étages de la paroi abdominale, suture du péritoine en collerette autour du pédicule, pansement iodoformé.

L'état de la malade est parfait le 21, le 22 et le 23 septembre; la température est de 37°,6. Les jours suivants sont plus difficiles, plus douloureux; la température s'élève et dépasse 39°; l'élimination du pédicule se fait lentement, avec une suppuration modérée qui oblige à des soins antiseptiques minutieux; aucune menace du côté du péritoine. Le pédicule tombe après trois semaines; la malade quitte l'hôpital en novembre, et m'écrit de Saint-Aignan (Loir-et-Cher), où elle est institutrice, que sa plaie est fermée, qu'elle a repris son service le 1er décembre, que tous ses maux ont disparu pour faire place à une santé florissante. J'ai reçu encore cette année d'excellentes nouvelles.

Obs. II. — Joséphine W. ., 45 ans, s'est aperçue, il y a trois ans, après une fausse couche suivie de douleurs et de pertes sanguines, qu'elle avait une tumeur mobile vers la fosse iliaque droite. Depuis cette époque, règles très douloureuses, très longues, très abondantes, l'obligeant à garder le lit; en dehors des règles, la marche est difficile, les douleurs s'accentuent au moindre effort; mictions fréquentes, diminution de l'appétit. Je lui trouve, au toucher, une paroi antérieure qui paraît grossie par un fibrome interstitiel; au palper, une tumeur médiane indépendante de la première, grosse comme une orange et très mobile au-dessus du pubis. Je pense à faire l'ablation de la tumeur sus-pubienne et, pour l'autre, l'ablation des annexes.

Opération le 16 février 1889, avec MM. Debayle, Gauthier et Lebon, internes de mon service. — L'utérus, bourré par la tumeur interstitielle, est enclavé dans le petit bassin; le fibrome indépendant est largement pédiculé sur le fond de l'utérus et en occupe toute l'étendue. Je trouve assez facilement l'ovaire gauche, et je l'enlève avec la trompe; le droit n'est pas visible. Alors, saisissant le fibrome supérieur et tirant sur lui, j'arrive peu à peu à désenclaver l'utérus et à l'amener vers la plaie, ce qui me fait voir et extirper l'ovaire droit. Les annexes étant supprimées, j'applique le lien élastique entre deux broches sur le fond même de l'utérus, au niveau de l'insertion des trompes, et je résèque le fibrome supérieur. Fixation du pédicule à la

paroi, suture du péritoine en collerette au-dessous du lien élastique, suture à étages, pansement iodoformé.

Aucun incident le jour de l'opération; la malade ne vomit pas. Les jours suivants, la température monte de 38° à 39°,8; puis elle redescend à 37° le matin, mais reste à 38° le soir jusqu'aux premiers jours de mars. Pendant ce temps, l'état général est d'abord assez mauvais et me donne quelques inquiétudes; non qu'il y ait menace de péritonite, mais le pédicule se sphacèle rapidement et il se fait autour de lui une suppuration abondante qui nous rend compte de l'ascension thermique et des symptômes graves. Puis la situation s'améliore; le pédicule tombe le 5 mars, laissant une plaie large et creuse et une suppuration qui diminue promptement. La cicatrice est achevée et la guérison parfaite du 8 au 15 avril.

Obs. III. — Amélie B..., 27 ans, a un ventre énorme, sans fluctuation, rempli par une tumeur dure et uniforme. On sent au niveau de l'ombilic un lobule distinct et mobile. Par le toucher vaginal, impossible d'atteindre le col utérin; l'excavation paraît vide. Cette masse n'a grossi que depuis six mois; à cette époque, on ne trouvait qu'une petite tumeur dans le côté droit du ventre. Les règles ont diminué: les jambes sont un peu enflées, avec des dilatations veineuses; la malade a maigri, mais elle n'offre aucun trouble de l'intestin, des poumons, des reins ou du cœur.

Opération le 6 juin 1889, avec MM. Debayle, Gauthier et Lebon. — Je rencontre l'utérus, petit et d'aspect normal, remonté jusqu'à l'ombilic et soulevé par la grosse tumeur; c'est lui qu'on sentait sous la peau. Il adhère au fibrome par sa face postérieure et son bord droit; les annexes droites sont collées à la face antérieure du fibrome, celles de gauche sont libres; d'où il suit que la tumeur est incluse dans le ligament large du côté droit. J'ouvre au bistouri cette loge fibreuse, et j'énuclée peu à peu la lourde masse qui n'a pas de pédicule dans le petit bassin et qui finit par sortir du ventre, toujours liée à la face postérieure de l'utérus. Alors, tandis qu'un aide empêche la sortie de l'intestin et qu'un autre soutient à pleines mains la tumeur, je constate qu'elle n'est plus retenue que par l'utérus, et que je peux former un pédicule très simple aux dépens du col. Je prends celui-ci dans une forte pince et j'enlève le fibrome; après quoi j'ai un moignon de petit diamètre, et à sa droite une loge profonde extra-péritonéale, formée par le dédoublement du ligament large. Trois fils de soie plate, en chaîne, assurent l'hémostase de la section utérine et permettent d'enlever la pince. Puis je commence la suture à étages de la paroi; chemin faisant, je fixe les bords de la loge à la plaie abdominale et j'y place un drain; je fixe en même temps le pédicule utérin à la lèvre gauche de cette plaie.

L'opération a duré une heure et demie. J'ai finalement un pédicule lié à la soie et caché sous la lèvre gauche de la plaie; ligature perdue et traitement intra-péritonéal. En se rétractant vers le petit bassin, le pédicule creuse légèrement la partie inférieure de la suture.

Bien que la température oscille de 38° à 39° jusqu'au 24 juin, le facies et le pouls restent bons, et la guérison ne semble pas compromise. Le 28, le tube est retiré; le 10 juillet, un fil de soie s'élimine avec un peu de suppuration; la cicatrice s'achève et la malade nous quitte le 1er août. Je la revois à la fin d'octobre et lui retire encore un fil de soie qui se montre à la partie inférieure de la suture; elle est en parfaite santé.

Voilà un fait qui marque la transition entre la méthode extra-péritonéale, que j'avais toujours suivie, et la ligature élastique perdue. Les fils de soie pouvaient convenir, parce que j'avais un pédicule très mince; encore n'osai-je pas l'abandonner complètement. Depuis cette époque, j'ai adopté franchement la méthode intra-péritonéale.

Obs. IV. — Angèle B..., 35 ans, mulâtresse, n'a pas remarqué jusqu'ici que son ventre grossissait; depuis quatre ans les règles étaient un peu plus fréquentes, et le mois dernier elle eut une ménorrhagie douloureuse. Le ventre est globuleux et contient une très grosse tumeur dure, mobile, développée tout entière au-dessus du détroit supérieur, et paraissant composée de trois lobes gros comme des têtes de fœtus à terme. On sent à droite, au palper abdominal, un petit corps mobile et sensible qui a les dimensions de l'ovaire. La santé n'est pas altérée.

Opération le 23 juillet 1889, avec mes internes. — L'incision dépasse l'ombilic, et permet d'extraire avec effort une masse trilobée, composée de plusieurs fibromes qui heureusement n'ont pas d'adhérences. Le pédicule est formé par l'utérus, autour duquel je passe le lien élastique, à l'union du corps et du col; puis j'enlève la masse fibreuse. Au clamp qui unit les deux chefs de la ligature je substitue un fil de soie plate fortement serré. Avant d'enlever les ovaires, je les pédiculise avec la soie, ce qui est inutile, puisque le bord supérieur du ligament large est étreint au-dessous d'eux par le lien élastique. La muqueuse utérine du moignon est brûlée au thermo-cautère. En somme, l'application du procédé diffère peu, cette première fois, de ce qu'elle sera chez mes autres malades.

Toilette du péritoine, suture à étages, pansement iodoformé. La tumeur pèse 3kgr,380.

La température s'élève d'abord à 38° et même 39°, puis revient à 37° le quatrième jour pour ne plus varier. Le pouls et l'état général ne cessent pas d'être excellents. Pansement le huitième jour, ablation des fils le quinzième, exéat le 30 août. Au bout d'un an, Angèle B..., toujours bien portante, mais ayant de la leucorrhée, élimine par le vagin la ligature élastique munie de son fil de soie.

Obs. V. — Mme D..., 48 ans, est la malade à qui j'ai fait d'abord la castration ovarienne et dont j'ai parlé plus haut. Je n'ai que peu de mots à ajouter. L'hystérectomie étant faite le 24 décembre, j'attire au dehors, avec l'utérus, un fibrome extra-pariétal, gros comme le poing, occupant la cavité pelvienne, et je place ma ligature élastique

autour du segment inférieur. La section faite et la muqueuse détruite au thermo-cautère, je m'aperçois que le bord supérieur du ligament large gauche a glissé de dessous la ligature et donne du sang, ce qui m'oblige à le suturer au catgut pour assurer l'hémostase. Alors j'ai l'idée qu'on pourrait fixer ce bord au lien élastique et au tissu du moignon par un fil de soie; je le ferai dans les opérations suivantes.

Mme D... a 38° pendant deux jours et guérit parfaitement.

Obs. VI. — Mme D..., 33 ans, maîtresse d'hôtel à Méru (Oise), a fait une fausse couche il y a 11 ans ; elle souffre depuis trois ans; les douleurs sont très violentes depuis six semaines et l'empêchent de marcher. Les règles viennent périodiquement, mais très abondantes. Elle a maigri notablement, et depuis dix-huit mois elle a une diarrhée presque continuelle. Son caractère est devenu triste et irritable.

Gros fibrome médian, qui monte à peu près jusqu'à l'ombilic ; la palpation est douloureuse, au milieu, sur la tumeur elle-même. Au toucher, col ordinaire, bien dirigé, masse dure dans le cul-de-sac antérieur; dans les autres absolument rien ; la tumeur est mobile, non enclavée.

Opération le 9 février 1890, avec MM. Petit, Poupinel et Lefèvre. — L'incision est progressivement agrandie jusqu'à l'ombilic ; j'extrais avec peine un utérus bourré d'une quinzaine de fibromes de toutes dimensions. Il n'y a pas d'adhérences, les annexes droites sont saines ; du côté gauche, l'ovaire est un peu gros, kystique, entouré de petits kystes séreux transparents, et la trompe est légèrement épaissie. Le placement du lien élastique et la formation du pédicule sont entièrement conformes à la description générale que j'ai donnée, sauf que, n'ayant pas le thermo-cautère, je dissèque la muqueuse utérine au bistouri, je l'enlève et je touche la place avec une petite éponge trempée d'abord dans l'eau bouillante et ensuite dans la solution phéniquée forte. L'opération a duré une heure.

Apyrexie complète (maximum 37°,7) et simplicité extrême des suites. La malade se lève dans le cours de la troisième semaine.

Obs. VII. — Mme R..., 35 ans, institutrice à La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne), a remarqué une petite tumeur à l'âge de 26 ans, et depuis lors a toujours souffert dans le côté droit du ventre. La tumeur a grossi peu à peu ; depuis six mois, les règles sont très abondantes et durent souvent dix jours.

Le ventre est un peu saillant à droite. Au palper, on trouve une tumeur ronde, lisse, très dure, occupant une partie de la fosse iliaque droite, remontant à l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane. Elle est mobile et sensible du côté droit ; ses mouvements se transmettent de la main appliquée sur l'abdomen au doigt qui explore le col. Celui-ci est à droite en arrière ; le cathétérisme indique une cavité utérine de 12 centimètres.

Opération le 18 février 1890, avec mes internes.— L'incision dépasse l'ombilic ; gros utérus uniformément hypertrophié, sans adhérences ;

extraction à l'aide de pinces-érignes. Formation du pédicule *ut supra*, avec un léger incident : j'ai voulu saisir les deux chefs du lien élastique avec une pince longuette au lieu du lamp de Segond ; le lien s'est relâché, et j'ai dû placer à deux reprises le fil de soie pour arrêter la ligature et la serrer convenablement. Opération laborieuse d'une heure un quart ; tumeur du poids de 800 grammes.

Les suites ne méritent pas d'être notées ; température, 38°,7 le 20 février ; ablation des fils le 3 mars ; exeat le 30. Je revois Mme R... à la Ferté-Gaucher le 8 juin ; elle ne souffre plus, elle fait sa classe sans fatigue, elle a une mine florissante. Elle écrit à la fin de juillet qu'elle vient de rendre « un morceau de caoutchouc qu'elle avait dans le corps ». C'est la ligature qui s'est éliminée.

Obs. VIII. — Julie V..., 48 ans, a eu pour la première fois des douleurs pelviennes en octobre 1889 ; elle est restée au lit quatre mois. Depuis lors les règles n'ont pas reparu ; elle n'a ni leucorrhée, ni métrorrhagies, mais elle a de vives douleurs de compression dans le petit bassin. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse ronde et dure, que le doigt peut soulever ; on sent au-dessus du pubis le fond de l'utérus porté à gauche, et la tumeur repoussée par le doigt vaginal. La cavité utérine ne mesure que 7 centimètres ; le cathéter se dirige vers la gauche.

Il s'agit là, non do fibrome interstitiel et de ménopause, mais de compressions par une tumeur enclavée, rétro-utérine, et les souffrances de la malade sont extrêmes. Voilà pourquoi j'opère, à 48 ans, un fibrome de petit volume, sans hémorrhagie.

Opération le 23 février 1890, à l'hôpital Tenon. — Le corps fibreux est extra-pariétal et largement pédiculé sur la face postérieure de l'utérus ; en outre, il adhère aux parois du petit bassin. La rupture progressive des adhérences et le dégagement de la tumeur sont très laborieux. J'enlace d'abord dans la ligature l'utérus et une partie du fibrome ; mais ensuite je façonne le moignon, j'extrais les derniers lobules fibreux, je serre un peu plus et j'arrive, comme toujours, à un pédicule mince et purement utérin. Rien à ajouter quant aux autres détails de la manœuvre ; rien à noter dans les suites opératoires, si ce n'est un petit abcès de la suture abdominale.

Obs. IX. — Mme L..., 48 ans, souffre depuis deux ans. Elle n'a jamais été malade, la ménopause est survenue à 46 ans, et c'est justement depuis cette époque qu'elle a des douleurs continues et une sensation de poids très pénible dans le petit bassin. Au palper, on sent une tumeur globuleuse, grosse comme une tête de fœtus à terme. Au toucher, même tumeur facile à percevoir dans le cul-de-sac antérieur : culs-de-sac latéraux douloureux ; annexes droites augmentées de volume et très sensibles, cathétérisme douloureux et saignant, cavité de 9 à 10 centimètres. Je diagnostique un myome utérin avec altération des annexes.

Opération le 17 mai 1890, avec mes internes. — L'incision est de

15 centimètres ; l'utérus, saisi avec des pinces à griffes, est sorti sans trop de peine de la plaie abdominale. Formation du pédicule absolument conforme à la description générale. L'utérus enlevé, muni d'un fibrome interstitiel, a la grosseur d'une tête de fœtus à terme et pèse 1 kilogramme; quelques petits fibromes, gros comme des noisettes ou moins encore, font saillie sur sa face antérieure. Les ovaires sont sclérosés et munis de petits kystes, les trompes augmentées de volume.

Les suites opératoires sont nulles ; la malade se lève le 4 juin.

Obs. X. — Mme G..., 41 ans, est une femme robuste et encore bien portante. Elle a sa tumeur depuis dix ans. Elle éprouvait, pendant les premières années, de très vives et continuelles douleurs, qui sont aujourd'hui beaucoup moindres ; mais depuis le début, les hémorrhagies n'ont pas cessé, d'abord très abondantes et maintenant quelque peu diminuées. Elle perd du sang presque tous les jours ; au moment des règles, qui sont prolongées et fatigantes, le sang coule « comme un robinet » pendant les deux premiers jours. Son ventre grossit, dit-elle, par intermittence, comme s'il y avait ballonnement de l'intestin ou congestion active de la masse fibreuse.

Le ventre n'est douloureux à la pression ni au milieu, ni vers les annexes. La tumeur est médiane, assez régulièrement arrondie, lourde, grosse à peu près comme une tête d'adulte, bien mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, le col est petit, élevé ; on ne sent rien dans les culs-de-sac du vagin. Aucun signe ne révèle ou des adhérences de la tumeur, ou des lésions tubo-ovariennes.

Opération le 28 juillet, avec MM. les docteurs Jouin, Vielle et mon interne M. Morestin. — L'incision est faite jusqu'à l'ombilic, puis au-dessus, et j'extrais avec une facilité relative un gros utérus bourré de fibromes interstitiels et flanqué de deux énormes trompes. Une large adhérence épiploïque, tenant tout le fond de l'organe, est saisie dans une pince longue et sectionnée ; puis apparaît le gros intestin, qui adhère à la tumeur dans une étendue de 15 centimètres, et à la trompe gauche tout entière. La surface du côlon et celle de l'utérus paraissent intimement fusionnées ; cependant, avec l'ongle, le bistouri et les ciseaux mousses, j'arrive à les séparer très lentement. L'intestin dégagé, toute la face postérieure de la masse utérine adhère à l'excavation par des filaments solides et vasculaires, que je fais céder peu à peu avec le doigt et qui donnent du sang. Cette nouvelle difficulté vaincue, je continue la même manœuvre dans les flancs pour dégager les annexes ; à gauche, la séparation du côlon descendant et de la trompe est fort laborieuse, et je dois mettre plusieurs pinces sur des adhérences qui saignent et sur des lambeaux épiploïques.

L'utérus est maintenant libre de tous côtés, sauf que la vessie monte plus haut qu'à l'ordinaire, au point de gêner l'application du lien élastique. Alors j'incise transversalement, au-dessus d'elle, le revêtement péritonéal, en évitant de gros sinus veineux qui sillonnent

la surface utérine ; ce qui rend très faciles le décollement de la vessie et le dégagement du segment inférieur.

Le lien élastique est placé. L'utérus étant saisi par des pinces de Museux, je le coupe en tranches successives, lui, ses fibromes et ses trompes, et j'observe que la cavité utérine, très agrandie, est déjetée à droite. Le moignon, progressivement réduit, n'a plus à la fin qu'une surface de 4 centimètres. Resserrement et fixation de la ligature, fixation des ligaments larges, rôtissement de la cavité et de la tranche utérines,

Tout n'est pas fini. Pendant la toilette du péritoine, le flanc gauche se remplit de sang, et il faut une longue recherche pour trouver les petits vaisseaux. L'hémostase enfin terminée, j'étale l'épiploon et je le mets en contact avec la surface du pédicule. La suture à étages et le pansement compris, l'opération a duré deux heures.

Malgré cette longueur et ces grosses difficultés, la malade n'est pas en danger un seul jour ; la température ne dépasse pas 37°,9, aucun vomissement ne survient, le pouls et le facies restent bons ; à partir du 31, elle n'accuse plus aucune douleur et marche rapidement vers la guérison.

Obs. XI. — Céline R..., 39 ans, entre à l'hôpital Tenon le 30 juillet 1890. Bonne santé, menstruation régulière, pas d'enfants ; elle n'accuse ni métrorrhagies ni pertes blanches. Elle se plaint d'une pesanteur continuelle aux lombes et à l'hypogastre, et dit souffrir ainsi depuis trois ans, mais ses douleurs ne sont pas extrêmes. Les médecins de son pays, qu'elle tourmentait, l'ont envoyée à Paris sans croire à un état grave.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse. On sent, à gauche de la ligne médiane, une tumeur bosselée du volume d'un œuf. Par le toucher et la palpation combinés, on trouve une grosse masse dans le cul-de-sac antérieur, une autre dans la cavité de Douglas. L'utérus est mobile, bosselé, et paraît gros comme les deux poings réunis ; sa cavité mesure 9 centimètres. Le col est allongé, conique, régulier. Diagnostic : fibromes utérins multiples, sans altération des annexes.

Opération le 5 août. — Incision courte ; plusieurs grappes de fibromes pédiculés hérissent l'utérus ; les annexes droites sont prolabées, mais sans adhérences. Le pédicule est formé *ut supra*, sauf que l'épiploon est trop court pour être amené sur la tranche utérine ; toilette sommaire sans lavage ; suture et pansement.

Les suites de cette opération sont traversées par une bronchite légère, qui fait monter la température à 38°,8; tout est normal à partir du septième jour, sauf un abcès de la suture qui évolue simplement.

Obs. XII. — Mme B..., 40 ans, porte un gros kyste de l'ovaire. Je rapporte son histoire, bien qu'il ne s'agisse pas d'un fibrome, parce que l'ablation du kyste entraîna celle de l'utérus, et parce que j'ai pour but en ce moment de prouver d'une façon générale les mérites de l'hystérectomie et de la ligature élastique perdue.

Mme B... a vu son ventre grossir depuis six mois. Il est aujourd'hui très proéminent, la peau est tendue, les veines dilatées ; la rénitence, la forme de la matité, la sensation de flot imposent le diagnostic de kyste de l'ovaire. On trouve à droite, au-dessus du pubis, l'utérus soulevé par le kyste et appliqué contre la symphyse ; au toucher, le col est très haut et porté en avant.

Opération le 1er mars 1890, avec mes internes. — Le kyste mis à nu, je romps avec les doigts quelques adhérences pariétales, je ponctionne une première poche, puis la cavité principale, d'où je retire par l'aspiration plusieurs litres de liquide visqueux. Cherchant à extraire la tumeur très amoindrie, je déchire largement sa paroi, et son contenu inonde le péritoine ; après quoi je l'attire au dehors. Elle n'a pas d'adhérences intestinales, mais je constate que sa partie profonde est incluse dans le ligament large gauche, et qu'elle est intimement unie à l'utérus, qui sort avec elle. Si je veux réduire l'utérus, il faudra laisser dans l'abdomen une grande partie du kyste ; pour en laisser le moins possible, il faut réséquer l'utérus en même temps que la poche. Je me trouve donc entraîné à faire l'hystérectomie, afin d'avoir un pédicule simple constitué par le moignon utérin et par la partie la plus profonde du kyste suturée à la plaie.

Le lien élastique est placé autour du segment inférieur de l'utérus ; à gauche, il perfore l'insertion utérine du ligament large ; à droite, il saisit et applique au moignon le bord supérieur du ligament en passant au-dessous de l'ovaire. Le pédicule de l'utérus réséqué est d'ailleurs traité comme à l'ordinaire, le lien élastique arrêté par un fil de soie, la muqueuse utérine brûlée au thermocautère, etc. Je coupe ensuite la majeure partie du kyste, je le réduis au cul-de-sac qui adhère au fond du petit bassin et que je façonne à son tour en forme de bourse pour le fixer à la paroi. La suture à étage est faite après un lavage du péritoine à l'eau bouillie : je laisse dans le péritoine un petit drain qui sera enlevé dès les premiers jours, et dans la poche un gros tube qui devra rester plus longtemps.

Tout marche à souhait du 1er au 13 mars, époque à laquelle on observe une certaine élévation de température. Les fils sont enlevés, le drain supprimé à la fin de mars. Un peu de congestion pulmonaire au commencement d'avril, et nouvelle ascension thermique. En avril, mai et juin, la poche se rétrécit beaucoup, mais un pus visqueux s'en écoule et ne veut pas tarir ; en même temps, il se forme au dessous de la cicatrice abdominale un empâtement assez étendu, surtout vers la gauche, et la température se maintient à 39° le soir ; si bien qu'une nouvelle opération est nécessaire pour aller à la recherche du pus qui se forme continuellement dans la cavité pelvienne et qui s'écoule difficilement au dehors.

Le 1er juillet, j'incise la partie inférieure de la cicatrice, et je tombe dans un foyer d'où s'échappent des végétations sphacélées, des débris de parois kystiques, limitant des collections de pus qui crèvent sous les doigts. J'enlève soigneusement tous ces mauvais tissus ; mon doigt rencontre, sur la ligne médiane, le pédicule utérin muni de son

lien élastique, et plongé au milieu des débris que le kyste a versés autour de lui. Après avoir simplifié et nettoyé de mon mieux ce foyer que des adhérences solides séparent de la cavité péritonéale, j'y laisse deux gros tubes et je rétrécis l'incision par quelques points de suture.

La malade est aujourd'hui en très bon état; elle n'a plus de fièvre et se nourrit bien; on lui fait des pansements assez fréquents, un lavage de temps à autre et son foyer est en voie de guérison.

Obs. XIII. — Mme R..., 30 ans, est un autre exemple d'ovario-hystérectomie, mais dans des conditions bien différentes. Il s'agit d'un kyste adhérent dont l'extirpation fut des plus difficiles, et pour lequel certainement, il y a quelques années, nous aurions fait « l'ovariotomie incomplète ».

Début en 1882 ; on trouve un petit kyste ovarique en janvier 1883. En décembre 1886, le kyste se rompt : péritonite grave, violentes douleurs, vomissements pendant quinze jours. La malade affirme qu'il s'est rompu quatre fois depuis cette époque. Etaient-ce, en effet, des ruptures ou seulement des poussées inflammatoires ? Toujours est-il qu'elle a eu des coliques très douloureuses, avec vomissements et fièvre, en juin 1887, octobre 1889, janvier et mai 1890.

Elle est amaigrie, mais encore assez forte ; le kyste est volumineux, très peu mobile, et tout fait présager de nombreuses adhérences.

Opération le 14 juin, avec mes internes. — Incision moyenne, ultérieurement agrandie jusqu'à l'ombilic. La ponction de la poche donne un liquide louche, filant, non suppuré. Quand la tumeur a beaucoup diminué, je prends dans une pince longue et je détache une très large adhérence de l'épiploon ; je constate que plusieurs anses d'intestin sont unies intimement à la partie supérieure du kyste, et m'armant de patience, je commence à les détacher avec l'ongle et les ciseaux mousses. Une petite surface de l'intestin grêle, dénudée de son péritoine, saigne pendant plusieurs minutes ; sur d'autres points, je me décide à laisser une mince lamelle de la paroi kystique adhérente à la paroi intestinale. Chemin faisant, le kyste se rompt en plusieurs points, et laisse écouler dans le péritoine le reste de son contenu, liquide visqueux et végétations.

En contournant la tumeur à gauche et à droite, j'y détruis sans trop de peine les adhérences pariétales; mais elle est solidement fixée au fond du petit bassin, et pendant quelques instants, j'hésite à continuer une extirpation qui menace de se prolonger indéfiniment et de n'aboutir qu'à des désordres graves. Cependant, après quelques tentatives, mon doigt trouve le joint entre l'enceinte pelvienne et la paroi kystique, et alors, procédant avec beaucoup de lenteur et de prudence, je sens peu à peu la tumeur se détacher. Lorsqu'elle est libre, elle vient tout entière avec l'utérus, qui est de volume normal, adhérent au kyste par son bord droit, et avec l'ovaire gauche, kystique lui-même et gros comme une mandarine. La masse énucléée a pour pédicule le segment inférieur de l'utérus; il me reste donc à terminer par l'hystérectomie, bien heureux de n'avoir pas laissé dans le

ventre et suturé à la plaie une partie du néoplasme ovarien. Je façonne avec le lien élastique et par le procédé ci-dessus décrit un mince pédicule utérin, et je l'abandonne.

A la fin de l'opération, du sang apparaît entre les anses intestinales; je les fais écarter, et je vois saigner trois petits vaisseaux à la surface d'un mince lambeau du kyste que j'ai laissé adhérent à l'intestin et au mésentère. Trois catguts sont placés; la toilette, la suture et le pansement sont faits, comme à l'ordinaire. L'opération a duré une heure et demie ; la malade est remise dans son lit avec un pouls faible, mais lent et régulier.

Elle n'a, les jours suivants, ni vomissements, ni douleurs sérieuses ; températures, 38°, 37°,8, 37°,6. Le troisième jour, elle va à la selle ; le 18 juin, elle commence à se nourrir et nous quitte pendant la troisième semaine. Elle est aujourd'hui très bien portante.

Un fait m'a frappé chez les malades dont je viens de rapporter l'histoire : c'est la facilité de la guérison. Et cependant, certaines de ces opérations ont présenté les plus grandes difficultés de la chirurgie abdominale (obs. X, XII, XIII); malgré cela, les malades n'ont pas semblé courir de véritables dangers, elles ont esquivé les longueurs et les ennuis de l'élimination du pédicule, de la suppuration, du cratère que forme la cicatrice; leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extra-péritonéale (obs. I, II). Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémorrhagie, elle est à la fois le plus sûr et le plus simple des traitements intra-péritonéaux.

Voyons maintenant la courte série nécrologique qui vient faire ombre au tableau, mais dont l'analyse confirme, plutôt qu'elle ne l'affaiblit, la conclusion précédente. Qu'on ne dise pas que la méthode en question m'a donné 3 morts sur un total de 16 cas; cette formule trop sommaire serait d'une parfaite injustice.

Obs. I. — M[me] N..., 42 ans, n'est malade que depuis six mois ; son ventre a grossi rapidement et contient une tumeur avec de l'ascite. Elle a perdu l'appétit et presque toutes ses forces. Mon collègue et ami le D[r] Le Diberder, ayant porté le diagnostic de fibrome utérin, m'appelle à Lorient pour l'opérer.

Je trouve une malade en piteux état, ne mangeant plus, maigre et décharnée ; ventre énorme, ascite considérable, grosse tumeur dure allant d'un flanc à l'autre et montant bien au-dessus de l'ombilic. Par le toucher, on constate que le museau de tanche est à sa place et de volume ordinaire ; au-dessus de lui, le segment inférieur s'évase et donne la sensation d'un utérus fibromateux. La malade n'accuse pas de douleurs, mais elle est d'une grande faiblesse ; je m'attends à de

grosses difficultés opératoires, et je fais toutes réserves sur l'issue d'une hystérectomie entreprise dans de si fâcheuses conditions.

Opération le 24 mars 1890, avec l'aide de MM. Le Diberder père et fils, Rigoine (d'Hennebon), Pedronon (de Lorient) et mon interne M. Jean Gauthier. — Petite incision pour laisser couler l'ascite, agrandie jusqu'à 25 centimètres au moins. J'arrive sur un énorme kyste ovarien multiloculaire, parenchymateux, offrant une suface criblée de petits kystes secondaires ; en arrière et sur les côtés deux ou trois poches principales. En contournant le kyste avec la main, les poches se crèvent et laissent couler dans le péritoine un liquide visqueux, çà et là jaunâtre et puriforme ; chemin faisant, je saisis dans une pince courbe une adhérence épiploïque. Après avoir donné à l'incision la longueur nécessaire, j'arrive à extraire la tumeur d'une seule masse, et tandis que les aides la soutiennent, je place facilement une pince longue sur un pédicule mince et membraneux dépendant du ligament large droit ; après quoi la tumeur est enlevée d'un coup de ciseaux.

Apparaissent alors plusieurs fibromes faisant de l'utérus une tumeur irrégulière et grosse comme une tête d'adulte. Je la saisis avec des pinces à traction, je l'attire au dehors, et je procède à la formation du pédicule utérin : placement du lien élastique, fixation des ligaments larges, section progressive du moignon, qui devient petit et mince, cautérisation de la cavité et de la tranche.

A un moment, la ligature s'est tout à coup relâchée, et les vaisseaux des annexes ont donné du sang ; j'ai dû ressaisir le pédicule, et rapidement tout est rentré dans l'ordre.

Toilette à l'eau bouillie ; j'enlève à coups d'éponge le contenu kystique dans les flancs et dans le cul-de-sac de Douglas. Étalage de l'épiploon, suture et pansement. Durée de l'opération, une heure trois quarts. Poids des tumeurs ensemble, 20 kilogrammes.

La malade est remise dans son lit avec un bon pouls ; elle a 39°,2 le soir. Le matin du 25, température : 37°,2; peu de douleur, bon pouls et bon facies. Je quitte Lorient presque rassuré.

Tout va bien, en effet, pendant quinze jours, sans fièvre et sans accidents d'aucune sorte ; le quinzième jour, ablation des fils. Mais à partir de cette époque, je reçois de mauvaises nouvelles : il y a des douleurs de ventre, avec reprise d'une diarrhée, qui s'était déjà montrée avant l'opération. L'apyrexie continue; il s'agit d'accidents intestinaux qui affaiblissent la malade et l'empêchent de se nourrir. Les soins assidus de L. Le Diberder arrivent à atténuer la diarrhée, mais l'estomac reste mauvais, il y a des vomissements et la faiblesse est extrême. Enfin, après des améliorations passagères, des alternatives d'espoir et de découragement, la malade meurt d'inanition le 3 mai, c'est-à-dire après quarante jours.

Obs. II. — Mme L... 52 ans, a cessé depuis un an d'avoir ses règles. C'est après la ménopause, au mois d'août 1889, que son ventre a commencé de grossir et qu'elle a senti de vives douleurs dans le petit

bassin. Néanmoins, l'état général n'est pas mauvais et tous les organes paraissent bien fonctionner.

C'est la violence et la continuité de ses douleurs qui nous l'amènent. On sent le fond de l'utérus à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; au toucher combiné avec la palpation, l'organe est uniformément développé, sans bosselures, incliné vers le côté gauche, peu mobile dans l'excavation.

Opération le 25 avril 1890, à l'hôpital Tenon. — Après l'incision de la paroi abdominale chargée de graisse et la rupture d'adhérences multiples de l'épiploon à l'enceinte pelvienne, l'intestin, qui tend à faire irruption au dehors, est maintenu avec peine ; la malade a le sommeil agité et se contracte. L'utérus enclavé, adhérent au cul-de-sac de Douglas, est délivré lentement, laborieusement ; il est globuleux et bourré de fibromes. Les ovaires, gros et kystiques, se rompent au cours de l'opération ; les trompes sont dilatées, flexueuses, oblitérées à leur pavillon. Il faut, pour extraire l'utérus, prolonger l'incision jusqu'au-dessus de l'ombilic ; enfin je l'attire au dehors et je forme le pédicule avec les soins ordinaires, mais avec de sérieuses difficultés tenant au volume des annexes et à la résistance des ligaments utérins. Aussi l'opération, y compris les ligatures que j'ai dû placer sur l'épiploon et une alerte causée par le chloroforme, a-t-elle duré une heure trois quarts.

L'utérus contient, dans sa paroi antérieure, un gros fibrome principal, entièrement infiltré de matières calcaires et se laissant couper avec peine.

Pendant les trois premiers jours, tout marche à souhait, sauf quelques nausées le 28 avril. Le 29 au matin, la température est toujours bonne, mais le pouls est plus rapide, il y a quelques douleurs de ventre ; un lavement purgatif est sans résultat. Dans l'après-midi, mauvais facies et pouls précipité. Le 30, constipation absolue, absence d'émission gazeuse, soif vive et langue sale, ballonnement, nausées. Il y a peu de douleurs, la température est à 37°, et j'éloigne l'idée de la péritonite pour admettre une occlusion intestinale. Malgré les lavements électriques et les fomentations sèches sur le ventre, les symptômes s'aggravent, les vomissements s'établissent, le pouls devient imperceptible, et la mort arrive à dix heures du soir.

L'autopsie, faite le 2 mai, montre le grand épiploon adhérent aux anses intestinales, et celles-ci adhérentes entre elles au-dessus du petit bassin. La partie terminale de l'intestin grêle offre seule un léger degré de péritonite adhésive ; il n'y a ni pus, ni sang, ni aucun liquide épanché, mais sur un point une anse intestinale agglutinée aux autres est coudée brusquement : au-dessus, l'intestin est distendu par les matières et les gaz ; au-dessous, il est vide et rétracté.

Le pédicule est en parfait état dans le petit bassin ; la ligature tient solidement, et des filaments fibrineux ont commencé à se déposer autour d'elle.

Obs. III. — Mme S..., 39 ans, m'est envoyée du Loiret par le docteur

Bazin. Il y a six ou sept ans qu'on lui a trouvé un fibrome. Pendant plusieurs années, cette tumeur a été la cause de métrorrhagies répétées. Un chirurgien de Paris, consulté il a trois ans, a décliné la responsabilité d'une opération. Depuis un an surtout, la malade a beaucoup maigri, les douleurs ont augmenté et sont devenues continuelles, si bien que la vie lui est devenue insupportable et qu'elle veut courir les chances d'une opération qu'elle sait difficile et grave.

Mme S... a une tumeur médiane, globuleuse, grosse comme une tête d'adulte, mobile au-dessus du détroit supérieur. Cette mobilité n'implique pas l'absence d'adhérences, mais elle signifie que la tumeur n'est pas enclavée et que, malgré l'amaigrissement et les mauvaises conditions de la santé, elle est opérable.

La malade a eu, dans ces derniers temps, quelques bronchites ; elle tousse et s'enrhume facilement. On n'entend rien à l'auscultation.

Opération le 26 juillet 1890, avec mes internes Jean Gauthier et Morestin. — Longue incision. Un peu d'ascite. Il n'y a pas d'adhérences en avant ; mais, en haut et vers le flanc gauche, la main qui explore la tumeur prévoit des difficultés. Je saisis d'abord en ce point une adhérence épiploïque limitée ; puis j'essaye d'attirer l'utérus hors de la plaie, mais je ne puis y parvenir qu'après avoir prolongé l'incision au-dessus de l'ombilic.

Les annexes droites sont très volumineuses ; trompe dilatée et gros ovaire kystique. L'ovaire gauche est kystique, mais plus petit. Je découvre une assez longue adhérence du côlon descendant avec la face postérieure de l'utérus, et peu à peu, avec les doigts, je la fais céder, non sans être obligé d'appliquer trois pinces hémostatiques tout près de la paroi intestinale.

Je me dispose à placer la ligature élastique. Les ligaments larges sont fortement tendus. Le ligament rond du côté gauche forme une corde entièrement séparée des ailerons de la trompe et de l'ovaire, et qui me gêne singulièrement pour attirer l'utérus et former le pédicule; je le coupe entre deux pinces. Le lien élastique est alors passé, malgré la résistance des ligaments larges, autour du segment inférieur, qui est très épais ; puis j'enlève par tranches successives l'utérus et les annexes.

Tout en morcelant ainsi la tumeur, je constate qu'il n'y a pas de fibromes distincts, plongés dans la paroi utérine ; le tissu utérin proprement dit n'existe plus, toute la masse de l'organe est transformée en tissu fibromateux ; si bien qu'après avoir sectionné jusqu'au voisinage de la ligature, j'ai un large moignon dont la surface vive a l'aspect d'une coupe de fibrome. Au centre, il n'y a pas de muqueuse ni de cavité utérine proprement dite ; mais les couches centrales du tissu pathologique sont ramollies et forment une bouillie fibreuse. Comment vais-je traiter ce pédicule de composition insolite ?

Je commence par supprimer toute la bouillie fibreuse avec la curette. Puis, autour de ce puits central, j'enlève au bistouri plusieurs tranches de tissu fibreux, véritable évidement, qui m'amène à resserrer la ligature, afin d'adosser les parois du puits et d'amincir le

pédicule. Comme la surface mesure encore 6 centimètres en tout sens, j'ai un peu peur que la ligature ne dérape, et je fixe le cordon élastique au moignon par deux fils de soie passés en arrière. Je fixe également les deux ligaments larges.

La cautérisation de la tranche utérine et du puits central est d'autant plus soignée que la nature du tissu m'inspire certaines craintes. Et même, comme je vois un peu de sérosité louche venir à la surface du moignon, je tâche de fermer hermétiquement le puits central avec plusieurs fils de catgut. Ligatures sur l'épiploon, sur les adhérences; toilette à l'eau bouillie, disposition de l'épiploon entre la surface du pédicule et les anses intestinales; suture et pansement. L'opération a duré une heure et demie; le sommeil a été difficile, et tout le temps les bronches ont été remplies de mucosités.

Les jours suivants, la température reste normale : 36°,6, 37°,8, 37°,5. Mais, dès le lendemain de l'opération, la malade se plaint de gêne respiratoire, et l'auscultation révèle des râles ronflants et sibilants. Malgré les ventouses, l'alcool, etc., les signes de congestion pulmonaire augmentent rapidement, le pouls devient petit, accéléré, et la mort arrive le 29 juillet.

A l'autopsie, les deux poumons sont pris dans toute leur étendue, les autres organes sont sains. Je constate la parfaite constitution du moignon, la bonne tenue de la ligature élastique; mais, en même temps, je trouve le pédicule entouré d'une collection purulente exactement limitée par l'épiploon dont je l'avais coiffé. Une sonde cannelée, introduite par le museau de tanche, franchit le point étranglé par le lien élastique et pénètre sans difficulté dans l'abcès. Les anses intestinales, séparées du foyer par l'épiploon, sont d'un rose pâle; il n'y a pas trace de péritonite.

La malade a été enlevée par sa congestion pulmonaire, et je pense que la suppuration survenue autour du pédicule serait restée un accident local, circonscrit, le pus se faisant jour par la partie inférieure de la suture. Il n'en est pas moins vrai que, malgré les précautions prises, les liquides venus de la cavité cervicale ont franchi la barrière constituée par la ligature et infecté le péritoine au voisinage du moignon; ce qui démontre : 1° que la constitution anatomique du pédicule formé par le tissu fibromateux a rendu insuffisante la constriction de la ligature, et que la cavité centrale n'a pas été oblitérée, comme elle l'est d'ordinaire; 2° qu'en insinuant l'épiploon, toutes les fois qu'on le peut, entre la surface du moignon et les anses intestinales, on se défend dans une certaine mesure contre l'infection qui peut venir de la cavité utérine.

Je demande encore une fois qu'on veuille bien ne pas considérer les 16 faits que j'ai recueillis depuis deux ans comme une statistique dans laquelle l'emploi d'une certaine méthode m'a donné trois échecs.

En effet, si j'analyse les trois cas de mort, je trouve d'abord que le premier, celui de Mme N... (de Lorient) n'a pas les caractères

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 48.12.90. *Le gérant :* G. MASSON.

d'un insuccès opératoire. Ma malade, dans un état de cachexie qui donnait tout à craindre, a bien été pendant deux semaines; puis, sans nul accident lié directement à l'intervention, elle a continué à s'affaiblir, à ne pouvoir s'alimenter, et finalement a succombé le quarantième jour, quand la période chirurgicale, pour ainsi dire, était passée. Il faut bien nous attendre à faire des opérations qui ne réussissent pas, quand nous intervenons trop tard chez des femmes épuisées. Il s'agit, en ce moment, de comparer la gravité de l'hystérectomie à celle d'une opération dont personne ne conteste la valeur, l'ovariotomie. Or, dans les conditions où Mme N... se trouvait, l'ablation d'un kyste ovarien n'offre pas de meilleures chances que celle d'un fibrome. La malade avait d'ailleurs l'un et l'autre.

Dans le second cas, la mort est due à l'intervention. Légère péritonite adhésive, localisée à la fin de l'intestin grêle, sans douleur vive et sans fièvre. Beaucoup de nos malades doivent avoir un état semblable du péritoine, surtout quand elles ont 38° pendant un ou deux jours, et n'en guérissent pas moins. Mais ici le malheur a voulu qu'une anse intestinale fût coudée ; je me suis repenti de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. Il s'agit là d'un accident rare, mais il peut survenir après toute opération laborieuse ; il ne faut donc mettre en cause ni l'hystérectomie ni le le traitement du pédicule. Celui-ci, pas plus que dans l'observation précédente, n'a suscité le moindre danger.

On pourrait me demander pourquoi, en présence d'un fibrome interstitiel et d'assez petit volume, j'ai fait une opération laborieuse, au lieu d'enlever simplement les ovaires. Je répondrai qu'un an après la ménopause la castration ovarienne me paraît illusoire. J'en dirai autant de l'électricité, qui ne pouvait rien faire de sérieux ni de durable pour un utérus très douloureux, bourrant le petit bassin et adhérent à ses parois, mais ne donnant pas une goutte de sang et n'ayant plus à attendre la cessation des congestions menstruelles. Il fallait l'abandonner ou l'extirper.

La troisième opérée, elle aussi, figurait dans la classe des malades qu'aucun traitement, hors la chirurgie, ne peut revendiquer: volume du fibrome, douleurs excessives liées à des complications anatomiques de toutes sortes, hypertrophie des annexes, adhérences pelviennes et intestinales. Elle avait maigri et perdu de ses forces depuis trois ans, et déjà, à cette époque, on n'avait pas osé l'opérer. Néanmoins, il n'y avait pas de contre-indication positive, l'opération a très bien marché, et il a fallu, pour me faire manquer le but, une congestion pulmonaire expliquée, jusqu'à un certain point, par les antécédents. Là encore j'ai joué de malheur.

Ce cas m'a fourni, en outre, un enseignement précieux. La sup-

puration localisée, qui n'a pas été la cause de la mort et qui, je pense, aurait évolué simplement comme un abcès, pourrait, dans un autre cas, s'étendre et devenir mortelle. Or, c'était un résultat de la constitution du pédicule ; non de sa largeur, mais de la communication qui est restée libre avec la cavité du col. Ce n'est pas la surface du moignon qui a suppuré, c'est le trajet creusé au milieu d'un tissu fibreux lardacé qui a laissé venir d'en bas les liquides infectieux. Il y a moyen, sans doute, de façonner un bon pédicule avec ces tissus de fibrome, mais il faut être prévenu et savoir le faire. Aussi bien, la méthode intrapéritonéale n'est pas un dogme ; à l'avenir, en présence d'un cas pareil, je redoublerais d'attention dans le traitement du pédicule ; ou bien, si j'avais le moindre doute, je le fixerais à l'extérieur.

En résumé, j'ai fait trois opérations graves, parce qu'il y aura toujours, en chirurgie abdominale, des opérations graves. Il y aura toujours des malades qui nous consulteront tardivement, des dispositions anatomiques imprévues, des systèmes nerveux frappés de déchéance. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas toujours ceux qui esquivent les responsabilités; mais les statistiques vierges sont celles dont le hasard ou une volonté prévoyante a éloigné les cas trop dangereux.

Ce qui importe, en examinant mes 13 cas heureux, c'est de constater la bonne tenue du pédicule, la sécurité que donne la ligature élastique perdue, la facilité de la guérison. Ce qui importe, en examinant les 3 échecs, c'est de reconnaître que l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité particulière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. Cette analyse étant faite, je ne suis pas loin d'avoir démontré ce que j'avançais tout d'abord, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

Conclusions. — L'*électricité* est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibromes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement, dans quelques cas bien déterminés ; il y a certainement des femmes atteintes de fibromes qui peuvent vivre sans être opérées.

Mais pour en obtenir des résultats palliatifs ou durables, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais elle aussi peut avoir des échecs ; bien des cas lui échappent, il est possible de les distinguer, et il n'est pas

permis de l'adopter systématiquement, à la seule condition qu'elle soit possible.

Elle est, d'ailleurs, très peu dangereuse. Et d'abord, il faut savoir s'arrêter, en présence d'annexes trop difficiles : on peut faire moins ou plus, s'en tenir à une exploration ou faire l'hystérectomie. Et puis, songez à ce que deviennent les femmes non traitées. Quand la question d'intervenir se pose, c'est apparemment que la tumeur donne signe de vie, c'est qu'elle est en évolution plus ou moins active. Calculez d'après ce que les chirurgiens voient tous les jours, d'après tant de femmes qui nous arrivent anémiées, pleines d'eau, cachectiques, sans compter celles qui restent en route et que nous ne voyons pas ; supputez les chances que donnent alors les opérations « trop graves », et celles que vous aurait données plus tôt une opération presque bénigne. La mortalité infime des laparotomies simples disparaît devant les services que nous rendons au plus grand nombre.

L'*hystérectomie abdominale* devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays; et certes je ne suis pas le seul qui puisse annoncer de bons résultats. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix, reconnaître enfin que bon nombre de cas lui appartiennent et que nous sommes désormais bien armés pour en prendre la charge.

Et puisque la question est obscurcie par des passions et des préjugés, il me sera permis de terminer par une proposition presque naïve, en disant qu'une maladie aussi complexe dans ses formes et dans son évolution ne peut réclamer toujours la même thérapeutique. Il est excessif de dire qu'avec un traitement non opératoire on a ses cartons chargés de guérisons radicales ; qu'on n'a jamais ou presque jamais d'insuccès — nous en voyons beaucoup, et sortant des meilleures mains. Il est puéril d'affirmer qu'on supprime la chirurgie, d'exhorter celle-ci à désarmer, et de fournir des listes de maladies qui rappellent les cures merveilleuses de certaines panacées.

L'électrothérapie est venue, depuis quelques années, s'ajouter aux traitements connus ; accueillons-la avec faveur et discutons de bonne foi ses mérites. Cherchons en même temps les conditions qui rendent l'intervention chirurgicale nécessaire, et celles qui diminuent ses dangers. Mais, avant toute chose, étudions lentement si nous voulons faire la part de chaque méthode, pour le plus grand bien des malades.

Discussion.

M. Bouilly. Bien que je sois tout disposé à me servir à l'occasion de la méthode intra-péritonéale dans le traitement des pédicules de l'hystérectomie, je suis pourtant moins radical à cet égard que M. Richelot et ne puis consentir à rayer de ma pratique la méthode extra-péritonéale, qui, du reste, dans certains cas, est seule applicable.

Depuis que la technique opératoire de l'hystérectomie avec pédicule extérieur s'est améliorée par l'emploi du tube élastique, et que nous avons perfectionné notre antisepsie, la statistique de cette opération s'améliore et tend à se rapprocher de plus en plus de celle de l'ovariotomie.

Mes huit dernières opérées, bien que le pédicule ait été fixé à l'extérieur, ont guéri, et je ne comprends pas trop que M. Richelot ait eu, dans les cas de ce genre, des accidents fébriles dus, sans aucun doute, à une antisepsie insuffisante du moignon.

Au moyen de la cautérisation au thermocautère, de l'emploi du tanin mêlé à l'iodoforme, mes moignons se réduisent en un tissu noir, comme charbonné, sec et parfaitement aseptique. Je ne juge même plus utile de surveiller très attentivement ce qui se passe de ce côté. Je ne change le premier pansement que le huitième jour et enlève en même temps la plupart des sutures. Certainement la cicatrisation se trouve retardée ; il reste parfois des eschares qui ne se détachent que lentement : mais, pour être moins brillants, les succès sont tout aussi assurés qu'au moyen de la méthode rivale.

L'emploi du fil élastique permet une rapidité de l'opération qui prévient les phénomènes de dépression désignés sous le nom de choc, lesquels autrefois constituaient un des accidents fréquents de l'hystérectomie; et puis, je le répète encore, nos résultats tiennent en grande partie à une antisepsie plus éclairée et partant plus rigoureuse.

M. Terrillon. J'ai opéré par la méthode intra-péritonéale 28 ou 29 malades et n'ai eu que 3 décès.

Lorsque le lien élastique s'applique bien, que la largeur du pédicule ne dépasse pas celle d'une pièce de 5 francs, les résultats sont excellents. Je prends soin, du reste, de désinfecter exactement la cavité utérine en excisant la muqueuse, en la détruisant au thermocautère et en touchant exactement toutes les parties du moignon avec la solution de sublimé.

Lorsque les pédicules sont volumineux, qu'ils atteignent la grosseur du poignet, il faut se défier. Traube a cherché à amoin-

drir ces pédicules en les creusant. J'ai fait, il y a deux mois, l'évidement que propose ce chirurgien et en ai été satisfait.

Le moignon doit être réintégré dans le petit bassin avec précaution. Il est arrivé, en effet, que des anses d'intestin grêle ont subi de sa part une compression qui a déterminé des accidents mortels.

Quant à la vessie, il faut éviter que l'anse élastique ne la pince. Si on craint cet accident, il est bon de disséquer cet organe et de l'abaisser de quelques centimètres.

La ligature élastique perdue a l'inconvénient de s'éliminer quelquefois par le vagin. Les malades, plus ou moins longtemps après leur opération, sont prises de douleurs pelviennes, de fièvre, et un beau jour on trouve le fil élastique dans le vagin. Récemment M. Chaput en a retiré un de la cavité cervicale, où il était parvenu, en incisant le col.

Les accidents septiques que l'on a reprochés au traitement extra-péritonéal du pédicule tenaient à une antisepsie incomplète, que réalise très bien maintenant le tanin mélangé à l'acide salicylique.

M. Pozzi. Il ne faut point comparer, au point de vue de leur gravité relative, l'ovariotomie et l'hystérectomie, d'autant qu'à l'heure actuelle il est encore impossible de dresser un parallèle exact entre les divers procédés qui se disputent la préférence des chirurgiens dans le traitement opératoire des corps fibreux.

Quelles relations établir entre ces hystérectomies pratiquées pour des myomes cachés dans le petit bassin, inclus dans le ligament large, et celles exécutées sur des myomes facilement pédiculisables? Toute comparaison est vraiment abusive et restera toujours entachée d'erreur.

Si les pédicules sont peu hémorrhagiques, que la cavité utérine n'ait pas été ouverte, la réduction est excellente. L'énucléation intra-péritonéale donne elle-même d'excellents résultats. Si l'on compare les deux traitements en bloc, c'est le traitement extra-péritonéal pourtant qui donne la moindre mortalité. C'est ce dernier, en effet, qui met le mieux à l'abri des dangers dus à la mortification des gros pédicules, de l'infection péritonéale causée par la cavité utérine, ainsi que des hémorrhagies immédiates.

Il y a longtemps déjà qu' Olshausen, Säuger, etc., ont tenté d'employer exclusivement la méthode intra-péritonéale ; mais, mieux éclairés sur ses accidents immédiats ou éloignés, ils l'ont depuis lors abandonnée dans bien des cas.

Le traitement extra-péritonéal a été très amélioré par la substitution du lien élastique à l'anse métallique, dont personne aujour-

d'hui ne songerait à se servir. Une traction élastique douce, exercée sur le moignon, hâte sa chute, que Bouilly trouve parfois tardive.

Les deux méthodes ont certes leurs inconvénients spéciaux, et c'est pour parer à leurs dangers que certains chirurgiens tentent de réhabiliter, au profit du traitement opératoire des fibromes, l'extirpation totale proposée autrefois par Freund dans le traitement du cancer de l'utérus. Sur 30 opérations de ce genre, Martin aurait eu 8 décès, ce qui est une proportion relativement considérable.

Quelques chirurgiens enfin, à l'exemple de Wölfler, ont proposé un traitement tout à la fois intra-abdominal et extra-péritonéal du pédicule, en ourlant le péritoine de ce dernier au péritoine pariétal, et laissant le pédicule dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Il est donc, on le voit, difficile, sinon impossible, d'établir des règles précises pour l'exécution de l'hystérectomie, et on ne peut, encore une fois, comparer les résultats de ces interventions variées et complexes, avec ceux de l'ovariotomie, opération bien plus simple, comprenant, il est vrai, quelques variétés ou complications, mais qui aujourd'hui sont parfaitement connues de tous.

M. Terrier. Je trouve que la communication de M. Richelot embrasse trop de faits à la fois, trop de faits surtout dont la comparaison est difficile. Comme MM. Bouilly et Pozzi, j'estime que l'hystérectomie et l'ovariotomie ne peuvent être mises sur le pied d'égalité : tout au plus pourrait-on rapprocher de cette dernière les hystérectomies à pédicule peu volumineux et parfaitement aseptique. La désinfection de la cavité utérine est loin d'être toujours possible ; M. Terrillon et moi-même avons perdu chacun une opérée de ce fait. Certaines malades ont, en effet, concurremment avec leurs fibromes, des métrites communiquant à la muqueuse utérine des propriétés infectantes extrêmes.

Si donc on suppose que le pédicule soit susceptible de produire l'infection, il vaut mieux le fixer au dehors. J'ai fait deux opérations avec la ligature élastique perdue. Dans le premier cas, le pédicule était peu volumineux ; le résultat fut excellent et merveilleusement rapide. Une septicémie péritonéale des plus graves emporta en quatre jours une seconde opérée.

L'opération est d'une bénignité extrême lorsqu'il s'agit de fibromes peu volumineux reliés à l'utérus par un pédicule mince. Une double ligature en anse suffit alors. J'ai dû une fois fixer le pédicule à la paroi abdominale, comme Wölfler l'a conseillé depuis, érigeant cette manière de faire en méthode générale.

Lorsque j'ai dû fixer le pédicule à l'extérieur, je me suis servi,

pour l'aseptiser, le dessécher, de l'iodoforme et du salol. J'ai ainsi obtenu des moignons secs, résonnant comme du bois et parfaitement momifiés.

Le seul inconvénient sérieux que je reproche à ce mode de traitement, c'est le danger de l'éventration, qui semble plus fréquent chez les malades où il a été appliqué.

M. Terrillon. Dans mes diverses communications sur l'hystérectomie, j'ai toujours eu en vue l'amputation supra-vaginale de l'utérus, avec ouverture de la cavité. Je n'ai point fait rentrer les autres cas dans cette catégorie.

Communication.

M. Fontan (de Toulon) fait une communication sur une *plaie du cæcum par balle de revolver, ayant déterminé une péritonite pelvienne purulente, traitée par la laparotomie ; guérison* (M. Reclus, rapporteur).

Présentation de malade.

Chéiloplastie par la méthode italienne.

M. Berger présente un malade chez lequel il a réparé une destruction presque complète de la lèvre inférieure, due à une ulcération syphilitique tertiaire, au moyen d'un lambeau pris au bras droit, lambeau dont le pédicule ne fut sectionné que dix-huit jours après sa fixation sur la lèvre inférieure. Le malade supporta très facilement la position prolongée du membre supérieur, qui fut fixé à la tête, pendant ce temps, par l'appareil que M. Berger emploie dans les cas de ce genre et qui ressemble, sauf quelques modifications, à celui qui avait été imaginé par Tagliacozzi.

M. Berger présente en même temps les photographies représentant le malade avant l'opération, et celles qui ont été faites avant la section du pédicule, alors qu'il avait encore le bras fixé sur la tête.

Deux petites opérations complémentaires ont été nécessaires pour façonner le lambeau et l'adapter complètement sur la région. En revanche, une tentative pour le doubler de muqueuse et reconstituer la bordure de la lèvre inférieure a échoué. Le résultat, quant à la forme, est très satisfaisant ; mais la lèvre n'étant pas

pourvue de muscles, le malade ne peut complètement retenir sa salive.

Présentation de pièce.

M. Le Dentu présente une portion de paroi abdominale provenant de la *cure radicale d'une énorme éventration* que présentait une femme de 25 ans.

Cette éventration, survenue à la suite de deux accouchements, formait une tumeur globuleuse grosse comme une sphère de 20 centimètres de diamètre. Il dut exciser une grande portion de la paroi abdominale, muscles et péritoine compris.

L'incision nécessaire pour cette résection mesurait 25 centimètres et fut réunie par un grand nombre de sutures profondes et superficielles.

Actuellement la guérison peut être considérée comme certaine.

Discussion.

M. Reynier. J'ai fait, il y a six mois, une opération semblable sur une femme qui avait subi autrefois l'ovariotomie. La cicatrice s'était distendue au point qu'elle se rompit dans un effort de toux. La malade vint à l'hôpital, soutenant littéralement le paquet intestinal dans son tablier.

Je lui fis une suture à étages très soignée. Il y a huit mois de cela, et l'éventration se reproduit déjà. La laxité de certains tissus favorise singulièrement ces récidives.

M. Terrier. La suture à étages donne de bons résultats immédiats, qui persistent chez les femmes jeunes et exemptes d'embonpoint. Chez les femmes grasses, l'éventration se produit rapidement.

Je me servais autrefois de la suture à points passés ; aujourd'hui je réunis isolément le péritoine, la couche aponévrotique et la peau avec de la soie bien aseptique. Nonobstant j'ai constaté des insuccès.

M. Le Dentu. J'ai compris dans mon excision une bonne partie des muscles grands droits ; si la récidive survient, ce qu'il est impossible de prévoir actuellement, elle ne se fera point en tout cas dans les mêmes conditions que la première fois.

M. Terrier. La ligne blanche s'élargit beaucoup sous l'influence de la distension que font subir les tumeurs à la paroi abdomi-

nale. C'est de cette distension excessive du raphé fibreux médian que provient le peu de résistance des cicatrices, la tendance à l'éventration.

Présentation de malade.

M. Picqué présente une malade à laquelle il a *extirpé une hydronéphrose par la néphrectomie transpéritonéale* (M. Segond, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 12 novembre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Deux observations à propos de l'appendiculite*, par M. Clerc (de Saint-Lô) (M. Reclus, rapporteur) ;

3° *Essai sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire,* par M. Em. Maurin (Thèse de Paris, 1890). — Cette thèse, envoyée par l'auteur pour concourir au prix Duval, ne peut être acceptée à ce titre, les auteurs, d'après le règlement, devant adresser leurs ouvrages à la Société avant le 1er novembre ;

4° *Greffe par la méthode italienne modifiée*, par M. Guelliot (de Reims) (M. Berger, rapporteur) ;

5° *Contributions à l'étude de genu valgum infantile et de son traitement*, par M. Phocas (M. Kirmisson, rapporteur) ;

6° (*a*) *Deux cas de rupture de la vessie;* (*b*) *de la cure opératoire des hernies irréductibles*, par M. le Dr Edmund Rose, chargé de la division chirurgicale de l'hôpital de Béthanie. Deux brochures en allemand, Leipzig, 1890;

7° *Hystérectomie vaginale pour corps fibreux*, par le Dr Martel (de Saint-Malo). Extrait de la *Gazette médicale*.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins.

M. A. Routier. Si j'ai bien compris sa communication, mon collègue et ami M. Richelot s'est appliqué à démontrer que dans le traitement des fibromes utérins il fallait obéir à certaines indications fournies par chaque cas particulier, et qu'il n'existait pas une méthode unique bonne à opposer à tous les cas pris en bloc, comme l'affirment trop volontiers ceux de nos confrères qu'on pourrait appeler les électriciens purs.

C'est pour soutenir cette opinion, et montrer aussi, comme notre collègue, que la thérapeutique chirurgicale des fibromes a perdu de sa gravité, que je vous demande la permission de vous apporter le relevé de ma pratique personnelle.

N'étant pas électricien, je n'ai pas appliqué aux fibromes le procédé thérapeutique des grandes ou des petites intensités; mais d'après ce que j'ai pu voir, il me semble que l'emploi de l'électricité doit être assez limité. J'emploie si souvent ce moyen pour nombre d'autres maladies que je ne puis être taxé d'électrophobe pour ce que je vais dire.

J'ai observé, en effet, un certain nombre de malades chez lesquelles l'électrisation avait été mise en usage; plusieurs d'entre elles même avaient été renvoyées comme guéries.

Or, elles l'étaient si peu qu'elles ont bien voulu consentir, pour compléter leur soi-disant guérison, à courir, entre mes mains, les chances de la laparotomie.

Parmi ces électrisées pour fibromes, plusieurs n'en avaient pas. Je ne fais ici le procès de personne; nous savons trop bien la difficulté du diagnostic des tumeurs de l'abdomen; leurs lésions étaient constituées par des salpingites qui n'avaient pas été guéries par cette thérapeutique. Je soigne notamment une jeune fille atteinte de salpingite purulente, qui, six mois durant, a subi le traitement électrique, avec trente-huit séances particulières d'électrolyse; on l'avait déclarée guérie; or, j'ai dû enlever une poche purulente à

droite, et me contenter de drainer à gauche une autre vaste cavité purulente communiquant avec la vessie.

Parmi celles qui avaient réellement des fibromes, et que, malgré le traitement électrique, j'ai dû opérer, soit par la castration, soit par l'hystérectomie, je note *deux* malades qui, outre leur fibrome, avaient chacune un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire; une qui avait surtout de la rétroversion avec rétroflexion, un fibrome négligeable, mais de grosses hémo-salpingites ; enfin, plusieurs avaient des ovaires kystiques, adhérents, des trompes sans pavillon plus ou moins dilatées et adhérentes.

Quand on parcourt les statistiques données par les partisans quand même du traitement par l'électricité, je dois dire qu'on ne trouve pas ces détails signalés; c'est ce qui m'a rendu sceptique sur la valeur absolue du procédé.

Plus éclectique, je crois qu'au point de vue du traitement il faut diviser les fibromes en trois catégories :

Dans la première, je comprendrai les très gros fibromes, ceux qui par exemple remontent franchement au-dessus de l'ombilic, qui gênent les malades par leur poids, leur volume; par la compression qu'ils exercent sur les organes pelviens; surtout quand, outre la masse abdominale, ils poussent des prolongements importants dans le petit bassin : bien entendu qu'à tous ces symptômes viennent souvent s'ajouter les hémorrhagies.

Cette classe de tumeurs me paraît tributaire de l'hystérectomie. Cependant, quand la masse représente à peu près la forme de l'utérus, quand la cavité utérine est grande et profonde, comme l'a fait remarquer ici M. Terrillon (quoique ce signe n'ait pas une valeur absolue), si les phénomènes de compression ne tiennent pas le premier rang, si, de ce fait, le chirurgien n'a pas la main forcée, on peut ne pas pratiquer l'hystérectomie et se contenter de la castration. On voit alors fondre ces tumeurs ; tel utérus, qui remontait à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic, arrive, en deux ou trois semaines, à se cacher derrière le pubis ; je compte, parmi mes opérées, six cas de ce genre.

Quand j'ai dû, pour les raisons exposées, entreprendre l'hystérectomie abdominale, je dois dire que j'ai toujours fait un pédicule extérieur, et cela malgré les succès que j'avais vu obtenir par mon excellent maître Terrillon, quand je lui servais d'aide, par la ligature élastique et le pédicule rentré.

Sur douze malades que j'ai opérées par l'hystérectomie abdominale, pour des fibromes par conséquent volumineux, je compte onze guérisons et une mort. Celle-ci m'est arrivée pour un cas complexe ; j'avais eu beaucoup de peine à faire sortir de la cavité du petit bassin la portion de la tumeur qui y était incluse ; j'avais dû,

d'autre part, disséquer la vessie sur la face antérieure du fibrome. Enfin, pour arriver à réduire le pédicule, qui présentait tout d'abord une surface de coupe de quinze centimètres de diamètre, il avait fallu tailler dans le tissu, énucléer très bas vers les lèvres du col utérin; le caoutchouc avait dû être placé très bas.

Dès son réveil, cette malade poussa des cris de douleur, la langue se sécha, le pouls s'affola, et, sans élévation de température au-delà de 38°,6, elle succomba au commencement du cinquième jour.

Mon excellent maître et ami M. Championnière se rappellera peut-être que je le priai de voir ma malade pour savoir s'il y avait péritonite et indication à rouvrir le ventre pour laver la séreuse. A l'autopsie, deux anses d'intestin grêle étaient adhérentes au moignon utérin par deux plaques comme des pièces de dix sous, d'aspect grisâtre; nous ne trouvâmes pas d'autres lésions.

Parmi les onze autres malades qui ont guéri, j'ai cependant retrouvé des fibromes difficiles, notamment ceux de la variété à prolongement pelvien. Dans deux cas, je dus, pour faire sortir la masse du petit bassin, prier un aide de pousser violemment de bas en haut par le toucher vaginal pendant que j'exerçais moi-même de fortes tractions.

Sauf pour mes deux premières opérations, qui remontent à 1887, j'ai toujours supprimé les broches de fer à demeure.

La tumeur une fois sortie de l'abdomen, si les ligaments larges sont flottants, je saisis le tout dans l'anse de caoutchouc; dans le cas contraire, je *lie* les annexes à part, à la soie; puis je place deux caoutchoucs croisés sur une broche, et je sectionne au-dessus.

Après avoir réduit le moignon autant que possible, et l'avoir paré, je cautérise soigneusement la cavité utérine et toute la surface de section; puis rapidement je fais un surjet entre le péritoine pariétal et le péritoine du pédicule, enfin je ferme la cavité abdominale par une suture simple au crin de Florence.

J'ai mis quelquefois, très près du moignon, un fil d'argent : c'est inutile.

La broche est alors enlevée, le pédicule resté en place, est de nouveau cautérisé, et je bourre soigneusement avec de la gaze iodoformée la rigole qui existe entre les parois abdominales et le pédicule.

Quand, le huitième jour, j'enlève les crins de suture, ce pédicule est toujours sec et sonore à la percussion. Je dois avouer qu'il est souvent long à tomber, et que, dans mon impatience, j'aide souvent sa chute à coups de ciseaux vers le quinzième jour.

Sauf la longueur du traitement consécutif, sauf la production

ultérieure sur la circonférence du moignon d'un certain degré de hernie, si la malade n'a pas toujours porté avec soin une ceinture bien faite, je n'ai pas eu d'ennuis à enregistrer.

La rentrée du pédicule m'a toujours effrayé. Je redoutais, en ne serrant pas assez, d'avoir une hémorrhagie secondaire mortelle; en serrant trop, d'avoir une gangrène trop rapide du moignon, qu'il est difficile de rendre aseptique, non seulement à cause de la présence de la cavité utérine, mais encore parce que la surface de section serait, d'après des recherches récentes de Boisleux, souvent septique. La statistique de M. Richelot est, je dois le dire, de nature à dissiper ces craintes.

Enfin, je confesserai que mes résultats étant bons par ce procédé, j'ai craint de ne pas faire mieux pour mes malades en modifiant ma pratique

Je note en passant que parmi mes hystérectomies, deux femmes avaient 41 ans, les autres étaient en pleine activité sexuelle, de 26 à 36 ans.

Dans la seconde catégorie, je rangerai les fibromes dont le principal symptôme est fourni par la métrorrhagie.

Ici, la castration est tout indiquée, et m'a donné, je pourrais dire, toujours de bons résultats.

En supprimant les ovaires, non seulement on abolit une cause de congestion périodique, mais les ligatures de ces pédicules, le plus souvent très vasculaires, anémient les tumeurs ; on peut en outre, comme je l'ai fait plusieurs fois, enlever des fibromes sous-péritonéaux flottants, le plus souvent très douloureux.

Toujours alors, bien entendu, la cavité utérine n'étant par ouverte, la surface de section des pédicules du fibrome peut être liée à la soie, et celui-ci abandonné dans l'abdomen; ce n'est plus une hystérectomie.

Dans ces cas, quand on a affaire à des utérus bourrés de fibromes, à surface péritonéale noueuse et bosselée, le retrait de la tumeur n'atteint pas le degré extraordinaire que j'ai signalé pour les fibromes à forme d'utérus gigantesque ; cependant il se fait un retrait notable; les hémorrhagies cessent et les douleurs disparaissent.

J'ajoute que la castration pour fibromes est de toutes les opérations abdominales celle que je considère comme la plus bénigne. J'ai eu 14 guérisons sur 14 opérées.

Toutes sont guéries de leurs pertes et de leurs douleurs, à l'exception d'une seule qui, âgée de 36 ans, avait au niveau de la corne utérine droite un fibrome comme une grosse noix qui occasionnait des pertes épouvantables; elle avait malheureusement, outre son fibrome et du même côté, de la salpyngo-ovarite si adhé-

rente que, malgré mes efforts, je dus laisser une partie de son ovaire droit.

Opérée le 28 mai 1889 par une castration incomplète, elle a eu depuis, plusieurs fois, des pertes de sang; mais elle sont moins abondantes qu'avant, s'espacent, et j'estime que bientôt elles disparaîtront.

Contre ses pertes, j'ai chez elle depuis pratiqué le curettage utérin sans plus de succès.

Chez une autre malade j'ai dû aussi faire une opération complémentaire. Il s'agissait d'une femme absolument exsangue avec un fibrome moyen sous-ombilical; je pratiquai la castration. Elle semblait guérie et se disposait à partir, quand elle fut reprise d'une violente métrorrhagie. Je dilatai l'utérus et pus, par les voies naturelles, énucléer environ 750 grammes de fibromes, ce qui acheva complètement la guérison définitive.

Je réunirai enfin dans une troisième catégorie tous les fibromes petits ou gros qui, en dehors de la déformation de la taille et d'un écoulement menstruel un peu trop abondant peut-être, ne gênent pas autrement les femmes qui les portent. Je dirai volontiers que pour eux tous les traitements sont bons, sauf bien entendu le traitement chirurgical, que, pour ma part, je ne songerais jamais à leur opposer.

Or cette catégorie renferme de très nombreux cas; je n'ai pas cru jusqu'ici devoir soumettre ces malades à des séances d'électricité, et me suis contenté pour elles d'un traitement beaucoup plus simple, par les toniques, fer, quinquina, bains salés, et l'ergotine donnée à l'époque des règles.

Je vois encore trois femmes qui avaient il y a trois et quatre ans de gros fibromes sus-ombilicaux, et qui aujourd'hui n'ont plus ni règles ni tumeur. J'en suis d'autres qui avec des fibromes moyens peuvent vivre de la vie commune en prenant au moment des règles la précaution de ne pas se fatiguer.

Ceci me rappelle que, pendant les vacances, je vis un matin, dans une des grandes salles de chirurgie de nos hôpitaux, six femmes atteintes de fibromes utérins. Une seule me parut devoir être traitée chirurgicalement; c'est une de mes hystérectomies guéries. Parmi les autres, quelques-unes étaient régulièrement électrisées depuis plusieurs semaines, et ne venaient à l'hôpital que parce que leur tumeur ne disparaissait pas. Elles n'étaient pas gênées par leur fibrome; je les rassurai, et leur conseillai d'attendre patiemment la ménopause; si l'électricité les compte parmi ses succès, elle n'aura pas grand mérite à mes yeux.

Je crois donc qu'il faut savoir employer, suivant les cas, l'hystérectomie, la castration, ou le traitement médical y compris l'élec-

tricité; mais aucune de ces méthodes n'est universelle et ne peut convenir indistinctement à tous les fibromes de l'utérus.

M. Prengrueber. Dans la dernière séance, M. Richelot, nous parlant de la castration ovarienne comme moyen de remédier aux complications des fibromes utérins, nous a dit que cette opération, bonne surtout pour combattre les hémorrhagies, ne pouvait être appliquée à tous les cas, et en particulier aux oas dans lesquels, la tumeur étant fortement enclavée dans le bassin, les accidents éprouvés par la malade étaient la conséquence de la compression que la tumeur exerçait sur les organes voisins.

J'ai eu précisément tout récemment l'occasion de soigner deux malades chez lesquelles cet enclavement était la cause d'accidents particulièrement graves, qui ont guéri par la castration, aidée d'une manœuvre d'ailleurs très simple, dont je parlerai tout à l'heure.

Les observations de mes deux malades se ressemblent de point en point, aussi me bornerai-je à donner en détail l'observation de l'une d'elles, celle chez laquelle les accidents observés étaient particulièrement graves.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, dont la maladie parait remonter au mois de juillet 1889. A ce moment, elle constata des pertes abondantes et douloureuses, et son ventre commença à grossir; sa miction fut même assez difficile pour qu'il ait été nécessaire de la sonder. La malade entra alors dans un service de médecine; mais malgré le repos auquel elle se soumit alors, malgré les injections chaudes, les cataplasmes, l'essence de térébenthine, etc., son état ne fit que s'aggraver.

Elle quitta ce service, puis au mois de mai dernier entra dans la salle de M. Tillaux, que je remplaçais; son état à ce moment était lamentable. Des hémorrhagies toujours abondantes l'affaiblissaient considérablement, elle éprouvait de violentes douleurs du bassin se propageant du côté de la cuisse, de l'œdème considérable des membres inférieurs, surtout à gauche. La malade, urinant par regorgement, baignait dans son urine, et celle-ci avait déterminé une rougeur érysipélateuse de la peau fort douloureuse. L'examen du ventre nous montra d'abord que la vessie remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic, et le cathétérisme me permit d'en retirer trois litres et demi d'urine. Je pus alors constater dans le bas-ventre une tumeur dure remplissant le bassin; par le toucher je retrouvai cette même masse remplissant le vagin, immobile, soudée en quelque sorte au squelette.

Dans ces conditions, une intervention s'imposait d'urgence, et je la pratiquai de la manière suivante, la malade étant en pleine période de pert :

Après avoir pris toutes les précautions usitées en pareille circonstance, j'ouvris le ventre en ayant soin de ménager la vessie, que je savais fortement remontée. Le ventre ouvert, je constatai que la partie supérieure du corps de l'utérus avait sensiblement son aspect normal, mais que celui-ci se continuait par en bas avec une volumineuse tumeur développée dans la partie supra-vaginale du col. En saisissant le corps utérin, je pus m'assurer à nouveau de l'enclavement prononcé de la tumeur, que l'on ne pouvait mouvoir qu'avec peine. Dans ces conditions, mon plan opératoire fut le suivant: dégager le néoplasme de façon à ce que sa plus grande circonférence, son équateur actuellement intra-pelvien fût reporté audessus du détroit supérieur : enfin faire la castration.

La première partie de ce plan fut assez difficile à exécuter. Je dus avoir recours non seulement à des tractions de bas en haut, mais encore à des mouvements de latéralité, de bascule, qui firent apparaître peu à peu sous mes yeux la partie la plus large de la tumeur. Ces manœuvres achevées, je pus m'assurer que la mobilité de la masse avait sensiblement augmenté et que ma main pouvait glisser entre elle et la paroi pelvienne. Dès lors, j'étais sûr qu'il n'y avait plus d'enclavement, plus de compression des organes pelviens, et la tumeur, en admettant qu'elle dût augmenter de volume par la suite, avait le champ libre dans la cavité abdominale. Cela fait, je pratiquai la castration double, suivant la méthode ordinaire, et je refermai le ventre.

Les suites opératoires furent des plus simples, et je n'y insisterai pas ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les accidents si graves pour lesquels j'avais fait l'opération disparurent comme par enchantement. Dès le lendemain, quand je revis la malade, elle ne perdait plus de sang, n'éprouvait aucune douleur ; son œdème avait déjà sensiblement diminué. Quant à l'état de sa vessie, comme j'avais prescrit de la sonder pendant les premiers jours après l'opération, je ne pus vérifier pour elle les résultats de l'opération qu'au bout de huit jours. A ce moment, la malade pouvait uriner toute seule, et si on la sondait après une miction, on ne retirait plus qu'une centaine de grammes de liquide. Par la suite, je pus constater que la malade vidait complètement sa vessie. A ce moment, elle quitta l'hôpital guérie.

Ainsi voilà une femme qui, du jour au lendemain pour ainsi dire, a vu disparaître des hémorrhagies abondantes, de violentes douleurs et de graves phénomènes de compression par une opération en somme peu grave, surtout si l'on songe qu'il s'agissait d'un corps fibreux intra-pelvien qu'il n'était pas possible de pédiculiser, et dont l'ablation offrait par conséquent de très grandes difficultés. Sans vouloir trop généraliser la pratique que j'ai suivie dans les

deux cas dont je viens de parler, je crois qu'on peut tirer de ce fait la conclusion que, fort souvent, l'enclavement de la tumeur n'est pas une contre-indication à la castration ovarienne, mais qu'il sera bon de compléter cette castration par des manœuvres destinées à faire sortir de l'enceinte pelvienne le plus grand diamètre de la tumeur. J'ajoute que cette manœuvre, qui présente de grandes difficultés lorsqu'on essaye de la pratiquer par les voies naturelles, me paraît au contraire assez facile par la voie abdominale.

M. Paul Segond. Je crois que le traitement des fibromes utérins est une question trop vaste et surtout beaucoup trop complexe pour qu'il soit possible de la discuter dans son ensemble. Sans doute les moyens d'action dont nous disposons pour guérir les femmes atteintes de tumeurs fibreuses se perfectionnent chaque jour; mais, d'une part, la valeur intrinsèque de chacun d'eux n'est pas encore mise au point d'une manière définitive et, d'autre part, les variétés de la clinique sont si nombreuses que la nature des indications thérapeutiques se modifie pour ainsi dire avec chaque cas particulier. On peut donc affirmer que l'heure des jugements absolus n'a pas encore sonné. La question reste toute entière à l'étude et c'est pour cela qu'il me semble tout au moins très difficile de suivre M. Richelot pas à pas dans l'étude générale qu'il nous a présentée.

Toutefois, parmi les opinions que mon ami M. Richelot à défendues avec son talent d'exposition habituel, il en est une qui a déjà soulevé parmi nous des objections sérieuses et que je désire relever à mon tour. Séduit par les beaux succès de sa pratique, M. Richelot n'hésite pas à déclarer qu'à l'heure actuelle le pronostic de l'hystérectomie abdominale est assimilable à celui de l'ovariotomie. Or, il est incontestable qu'en acceptant cette assertion au pied de la lettre et sans autre commentaire on s'exposerait aux plus cruels mécomptes. Que l'hystérectomie abdominale soit devenue une opération moins grave et mieux réglée qu'autrefois, le fait n'est pas douteux; mais ce qu'il importe de savoir et de dire très haut, c'est que l'ablation des gros fibromes par la laparotomie demeure une intervention beaucoup plus sérieuse que l'ovariotomie. A l'appui de cette manière de voir, je vous demande la permission de vous citer ma statistique personnelle. Si courte qu'elle soit, elle n'en comporte pas moins ses enseignements.

Dans le relevé des faits que je vais vous soumettre je laisse bien entendu de côté les cas de fibromes utérins dans lesquels j'ai pratiqué la castration ovarienne simple et ceux dans lesquels l'existence de petits fibromes se compliquait de la présence de tu-

meurs ovariennes plus ou moins volumineuses. Chez ces dernières malades, je n'ai jamais manqué de faire l'ovariotomie bilatérale quel que fût l'état du deuxième ovaire ; mais j'ai laissé les fibromes en place et, par conséquent, il s'agit là de faits qui n'ont rien à voir avec notre discussion actuelle.

Ainsi réduite, ma statistique comprend encore 20 cas de fibromes, tous très volumineux et s'accompagnant tous de phénomènes graves. Sur ces 20 cas j'ai eu 9 morts, ce qui fait, on le voit une mortalité bien supérieure à celle de l'ovariotomie. Cependant, je m'empresse d'ajouter que pour juger ici la proportion des succès et des insuccès, il importe de catégoriser les malades et de ne raisonner que sur des faits comparables. Cette nécessité qui se retrouve dans tous les problèmes de thérapeutique chirurgicale, est particulièrement impérieuse, lorsqu'il s'agit de la cure des fibromes. Pour mes 20 interventions le groupement des faits est d'ailleurs simple. Il en est d'abord 3 qui ne touchent qu'indirectement à la question. En effet, dans ces 3 cas (obs. I, II et III) dont un seul s'est terminé par la guérison (obs. III) j'ai pratiqué la laparotomie pour enlever d'énormes fibromes inclus dans les ligaments larges et sans connexion avec l'utérus. Les opérations de cette nature sont évidemment spéciales et ne doivent pas être confondues avec les hystérectomies proprement dites.

Les 17 autres opérations sont, au contraire, de véritables hystérectomies. Dans ce nombre, je n'ai pas eu la chance de trouver de ces fibromes sous-séreux pédiculisés dont l'ablation est, sans contredit, aussi bénigne que celle des kystes ovariens les plus simples. Mes 17 opérées avaient l'utérus bourré de fibromes multiples ou considérablement distendu par un fibrome unique, et dans presque tous les cas j'ai dû confectionner le pédicule en plein tissu utérin après ouverture de la cavité utérine. La seule différence importante que j'aie notée, et certes elle est capitale, porte sur ce fait, que chez certaines de mes malades, les fibromes, si volumineux qu'ils fussent, étaient inclus dans l'utérus, tandis que chez les autres il y avait effraction extra-utérine, si je puis ainsi dire, avec envahissement plus ou moins étendu des ligaments larges. Chez les premières j'ai donc pu pratiquer l'hystérectomie au milieu de difficultés d'exécution sans doute grandes, mais sans délabrements excessifs, sans manœuvres par trop prolongées; chez les autres, au contraire, la confection d'un pédicule convenable a été des plus pénibles et l'ablation des masses néoplasiques n'a été possible qu'au prix de décollements considérables.

Cette différence dans le traumatisme opératoire s'est traduite de la manière suivante : les malades de la deuxième catégorie au nombre de 5 (obs. IV, V, VI, VII, VIII) sont toutes mortes. Deux

d'entre elles (obs. IV et V) avaient à la vérité des sarcomes plus ou moins généralisés et non point des fibrmes. Il serait donc juste de ne point les invoquer pour juger la mortalité de l'hystérectomie dans la cure des fibromes; mais les 3 autres cas de mort n'en conservent pas moins leur signification.

Par opposition, les malades de la première catégorie, au nombre de 12, m'ont donné 10 guérisons parfaites et 2 morts seulement. L'une par accidents cérébraux (obs. X), qui m'ont paru indépendants de l'opération et l'autre (obs. IX) par péritonite développée au niveau des fils du pédicule que j'avais réduit. Quant aux 10 guérisons, elles se sont effectuées dans les meilleures conditions.

L'une de ces 12 malades (obs. XI) a été opérée avec réduction du pédicule et suture du moignon à la manière de Schrœder, après désinfection minutieuse de la cavité utérine largement ouverte. Les fils ont été éliminés par le vagin au bout de 3 semaines. Pour les 11 autres malades, j'ai pratiqué 8 fois l'amputation sus-vaginale proprement dite avec ouverture de la cavité utérine; 3 fois la section a respecté la cavité utérine. Dans ces 11 cas j'ai eu recours au traitement extra-péritonéal du pédicule par la ligature élastique et, soit dit en passant, j'estime que jusqu'à nouvel ordre cette fixation extérieure du pédicule, lorsqu'elle est possible sans trop de tiraillements, est encore la méthode la plus sûre. Les 11 opérées dont je vous parle en donneraient au besoin la démonstration. Aucun incident sérieux n'est venu troubler leur guérison. Les pédicules, racornis et désséchés se sont détachés dans les délais habituels. Bref, tout s'est passé avec cette bénignité et cette simplicité d'évolution sur laquelle notre collègue M. Bouilly a si justement insisté.

Il se peut qu'à l'avenir les progrès de la technique opératoire nous permettent de faire mieux; mais je ne crois pas que ce soit la ligature élastique perdue qui réalise jamais ce perfectionnement, et ce n'est pas sans raison que le procédé a été abandonné par ceux-là même qui l'avaient imaginé. Sans parler du pronostic opératoire immédiat qui est je crois bien moins grave quand on peut laisser le pédicule au dehors; il est en tous cas bien clair que les inconvénients du traitement extra-péritonéal, tels que la durée de la cicatrisation et les hernies qui peuvent se développer au niveau de la cicatrice, sont moindres que les déboires réservés par l'élimination consécutive si fréquente des lanières de caoutchouc ou des fils qu'on abandonne dans le péritoine en cas de réduction du pédicule.

Mais je ne veux pas retenir plus longtemps votre attention. Mon seul but était de vous communiquer l'ensemble de mes résul-

tats opératoires et de légitimer ainsi les objections que j'ai faites à notre collègue M. Richelot. Mes observations établissent en effet que l'hystérectomie abdominale par amputation supra-vaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule est une opération dont le pronostic opératoire immédiat s'améliore tous les jours, lorsqu'elle est pratiquée dans certaines conditions; mais par contre, elles démontrent que le pronostic général de l'ablation des gros fibromes par la laparotomie reste sèvère et qu'il est encore impossible d'établir la moindre parité entre l'ovariotomie et l'hystérectomie lorsqu'on les envisage dans leur ensemble sans distinction des cas. C'est là surtout ce que je voulais démontrer.

Je donne ici le résumé très succinct des 20 observations que je viens de citer et dont je réserve la publication plus détaillée.

Obs. I. — *Fibrome du ligament large sans pédicule utérin. Ablation. Mort.* — Femme de 44 ans laparotomisée à l'hôpital Necker le 10 octobre 1884. Enucléation d'un fibrome de 7 kilogrammes inclus dans le ligament large droit. Opération laborieuse et longue. Ablation des annexes. Suture en bourse de la cavité d'énucléation. Fermeture du ventre. Mort de péritonite au bout de quarante-huit heures.

Obs. II. — *Fibrome énorme du ligament large gauche. Ablation. Mort.* — Laparotomie pratiquée dans le service de mon ami le professeur Pinard et avec son assistance, le 15 octobre 1890. Femme de 40 ans. Enucléation d'un fibrome de 8kg,600. Drainage de la cavité d'énucléation. Abaissement de la température sitôt après l'opération. Impossible d'obtenir une réaction. Mort de schok au bout de vingt-quatre heures.

Obs. III. — *Fibrome du ligament large remplissant les trois quarts de la cavité abdominale. Ablation. Guérison.* — Femme de 40 ans, cliente de mon ami le Dr Reclus. Laparotomie faite par le Dr Reclus et moi, chez les sœurs de la rue de la Santé, en mars 1889. Adhérences épiploïques nombreuses et très vasculaires. Enucléation d'un volumineux fibrome inclus dans le ligament large gauche et sans connexions utérines. Drainages à la gaze iodoformée. Guérison.

Obs. IV. — *Fibro-sarcome utérin avec généralisation péritonéale. Opération incomplète. Mort.* — Femme de 22 ans. Opération faite à Auteuil (maison de santé du Dr Daupley), le 12 octobre 1885, avec l'assistance de MM. Nélaton, Quénu et Lannois. — Ablation d'une énorme tumeur dure remplissant presque tout l'abdomen et s'implantant par un pédicule gros comme le poignet sur le fond de l'utérus. Après cette ablation, on constate l'existence de tumeurs analogues dans les deux ligaments larges avec semis sarcomateux sur tout le péritoine. Il y a peu d'ascite. Il existe des tumeurs secondaires dans la rate. L'opération reste incomplète. Fixation du pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. Mort de péritonite le quatrième jour.

Obs. V. — *Fibro-sarcome utérin avec généralisation périténéale et kyste sérohématique du ligament large gauche. Amputation supra-vaginale. Mort.* — Femme de 40 ans, opérée à Auteuil (maison du Dr Daupley), le 30 septembre 1886, avec l'assistance de MM. Quénu, Nélaton, Poirier et Lannois. Opération de deux heures. Ablation par amputation supra-vaginale d'une masse fibrosarcomateuse qui remonte jusqu'au niveau du foie. Ablation incomplète de deux loges kystiques incluses dans le ligament large gauche. Le péritoine pelvien est couvert de saillies sarcomateuses. Ligature élastique et fixation du pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. A côté de lui sont fixés deux drains qui plongent dans les deux cavités kystiques du ligament large. Mort au bout de quarante heures avec 41° et 160 pulsations.

Obs. VI. — *Fibromes intra-utérins multiples et fibrome du ligament large gauche. Amputation supra-vaginale. Mort.* — Femme de 40 ans, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 7 septembre 1889, avec l'assistance de mon ami le Dr Henry de Coulommiers et de mes internes. Amputation supra-vaginale et énucléation d'un fibrome du ligament large gros comme une tête de fœtus à terme. Le fibrome du ligament large et les fibromes inclus dans le corps utérin pèsent ensemble 4kg,500. Ligature élastique et traitement extra-péritonéal du pédicule. Mort à la fin du troisième jour avec 40° et 150 pulsations.

Obs. VII. — *Fibromes utérins multiples avec envahissement du ligament large gauche. Amputation supra vaginale. Mort.* — Femme de 40 ans, opérée le 12 juin 1890, chez les sœurs de la rue de la Santé, avec l'assistance de mon ami le Dr Carcopino et de mes internes MM. Thiercelin et Baudron. Amputation supra-vaginale et ablation des annexes. Enucléation du fibrome intra-ligamenteux. Ligature élastique et traitement extra-péritonéal du pédicule. Celui-ci, très profondément situé, ne peut être maintenu à la partie inférieure de la plaie abdominale qu'au prix de tractions très fortes. Les suites opératoires immédiates sont bonnes; mais à la fin du troisième jour le facies s'altère brusquement. La température monte à 40°. Il se produit deux vomissements noirs. Le ventre se distend et la malade meurt dans une sorte d'accès de suffocation.

Obs. VIII. — *Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale. Mort.* — Femme de 48 ans, opérée dans mon service de la maison Dubois, le 10 mai 1890. Ablation d'un fibrome de 11 livres qui a dédoublé les feuillets du ligament large et qui est relié à l'utérus par un assez gros pédicule. Ablation d'un autre fibrome pédiculé de 650 grammes plongeant dans la cavité de Douglas. Amputation du fond de l'utérus avec ouverture de sa cavité. Ligature élastique et traitement extra-péritonéal du pédicule. Les trois premiers jours se passent sans incident, le pouls ne dépassant pas 100 pulsations et la température 38°. Le quatrième jour à cinq heures du soir, sans modification préalable du pouls ni de la température, sans vomissements ni ballonnement du ventre, la

malade est prise brusquement d'un accès de suffocation avec sueurs profuses et délire. Mort à onze heures du soir.

Obs. IX. — *Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale. Réduction du pédicule. Mort.* — Femme de 45 ans, opérée le 24 octobre 1884, à l'hôpital Necker, avec l'assistance de mon ami Nélaton. L'utérus, distendu par 18 fibromes, donne à l'abdomen les dimensions d'une grossesse à terme. Amputation supra-vaginale. Ablation des annexes. Suture du moignon utérin par le procédé de Schrœder et réduction du pédicule. Mort de péritonite le quatrième jour. On constate à l'autopsie que la péritonite a eu pour point de départ le sphacèle du tissu utérin étreint par les fils à ligature.

Obs. X. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Mort par accidents cérébraux.* — Femme de 50 ans, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 14 février 1890, avec l'assistance de mes internes MM. Baudoin, Thiercelin et Baudron. Ablation par amputation supra-vaginale d'un fibrome kystique intra-utérin gros comme une tête d'adulte. Les annexes sont enlevées avec le fond de l'utérus. Ligature élastique et traitement extra-péritonéal du pédicule. Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais dès le troisième jour survient une hémiplégie faciale avec troubles marqués de la parole. La malade, qui avait, il y a quelques années, présenté des symptômes analogues, meurt le quatrième jour avec des accidents cérébraux qui paraissent indépendants de l'intervention.

Obs. — XI. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Réduction du pédicule. Guérison.* — Femme de 39 ans, opérée à l'hôpital Necker, le 1er octobre 1884, avec l'assistance de MM. Nélaton, Quénu et Lannois. L'utérus est distendu par un fibrome unique de 3kg,700. Amputation supra-vaginale au-dessus d'une ligature élastique qui étreint à la fois l'utérus et les ligaments larges. Les annexes sont enlevées. Suture du moignon utérin par le procédé de Schrœder après désinfection soignée de la cavité utérine ouverte. Réduction de ce moignon suturé et fermeture du ventre. Les fils de la suture du moignon utérin s'éliminent par le vagin au bout de trois semaines. Guérison. Malade revue quatre ans après en parfait état.

Obs. XII. — *Fibromes utérins interstitiels multiples. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mme X..., 44 ans, opérée à Auteuil (maison de santé du Dr Daupley), le 17 septembre 1885, avec l'assistance de MM. Quénu et Lannois. L'utérus distendu par une douzaine de fibromes interstitiels remonte à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'indication opératoire est créée par des métrorrhagies profuses. Amputation supra-vaginale et ablation des annexes. La cavité utérine est ouverte. Ligature élastique et fixation du pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. Chute du pédicule le vingt-deuxième jour. Guérison. La malade

est revue cinq ans après en parfait état. Petite hernie au niveau de la cicatrice.

Obs. XIII. — *Fibrome utérin. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Femme de 46 ans opérée à l'hôpital Necker, le 20 septembre 1886, avec l'assistance de MM. Nélaton, Quénu et Lannois. L'utérus est très régulièrement distendu par un fibrome kystique gros comme une tête d'adulte et pesant environ 1,800 grammes après évacuation de tous les kystes qu'il renferme. Amputation supra-vaginale avec ablation des annexes. La section traverse la cavité utérine. Ligature élastique avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Le pédicule desséché tombe le vingt-neuvième jour. Guérison. La malade est revue trois ans après en parfait état. Pas de hernie au niveau de la cicatrice.

Obs. XIV. — *Fibrome utérin. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Femme de 45 ans opérée le 12 mai 1887 à l'hôpital des Quinze-Vingts avec l'assistance de MM. Nélaton et Quénu, en présence de MM. les Drs Lesguillon, Celières et Fieuzal. Enorme fibrome œdémateux remplissant la totalité de l'abdomen et donnant lieu à une distension extrême de la paroi abdominale. Amputation supra-vaginale avec ablation des annexes et fixation externe du pédicule. Ligature élastique. Le pédicule tombe le vingt-quatrième jour. Le soir même la garde constate que les injections vaginales ressortent par la cicatrice. Cette perméabilité de la cavité utérine ouverte au moment de l'opération est bientôt effacée par les progrès de la cicatrisation. Cette malade est revue à la fin de 1890 en parfaite santé. Très petite hernie au niveau de la cicatrice.

Obs. XV. — *Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mlle X..., 41 ans, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 16 août 1889, avec l'assistance de mon ami Reclus et de mon interne M. Arron. Le segment inférieur de l'utérus est distendu par un volumineux fibrome et remplit toute l'excavation. Un deuxième fibrome gros comme une tête d'adulte se détache du fond de l'utérus et remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'intervention est surtout légitimée par des métrorrhagies profuses. Section du fond de l'utérus au-dessus d'une ligature élastique. La section n'ouvre pas la cavité utérine. Ablation des annexes. Ligature à la soie et réduction des deux pédicules qui en résultent. Ligature élastique et fixation externe du pédicule utérin. Le pédicule desséché tombe le vingt-deuxième jour. Guérison. La malade est revue à la fin de 1890. Le fibrome interstitiel du segment inférieur de l'utérus a diminué d'un tiers. La malade déclare qu'elle va beaucoup mieux qu'avant l'opération, mais depuis quatre ou cinq mois il y a eu quelques métrorrhagies d'ailleurs peu abondantes.

Obs. XVI. — *Fibrome utérin. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mme S.., 45 ans, opérée

chez les sœurs de la rue de la Santé, par M. Reclus et moi en juillet 1889. L'utérus distendu par un fibrome unique remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'utérus et le fibrome qu'il renferme sont enlevés par amputation supra-vaginale. Ablation simultanée des annexes. Ligature élastique et fixation extérieure du pédicule. La cavité utérine ouverte a été soigneusement désinfectée. Aucun incident post-opératoire. Le pédicule dur et desséché tombe vers le vingt-quatrième jour. Guérison parfaite.

Obs. XVII. — *Fibrome kystique intra-utérin avec dégénérescence kystique de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale avec ablation des annexes. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mme X..., 50 ans, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 17 janvier 1890, avec l'assistance de mes internes, MM. Baudoin et Rochard. Le fond de l'utérus est distendu par un fibrome kystique du volume d'une tête d'adulte. Une ligature élastique embrasse à la fois le fond de l'utérus et le ligament large droit. La section pratiquée au-dessus de cette ligature permet d'enlever à la fois le fibrome et les annexes droites qui ont subi la dégénérescence kystique. Les annexes gauches saines sont enlevées isolément. La section n'a pas ouvert la cavité utérine. Le pédicule résultant de l'ablation des annexes gauches est réduit. Le moignon utérin est traité par la ligature élastique et la fixation extra-péritonéale. Le pédicule desséché tombe le vingt-sixième jour. Guérison.

Obs. XVIII. — *Fibrome interstitiel utérin gros comme une tête de fœtus. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mlle X..., 34 ans, cliente de mon ami M. G. Marchant, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 30 janvier 1890. L'utérus et le fibrome qu'il renferme sont enlevés par amputation supra-vaginale. Ablation simultanée des annexes. Désinfection soignée de la cavité utérine. Ligature élastique et fixation extérieure du pédicule. Dessèchement absolu du pédicule qui tombe le dix-septième jour sans suppuration sous-jacente. Une fistule persiste pendant trois mois. Douleurs internes persistantes pendant quatre mois avec anorexie, amaigrissement et poussees congestives fréquentes du côté des poumons. Tous ces troubles cessent ensuite et le retour à la santé ne laisse plus rien à désirer en août.

Obs. XIX. — *Fibrome kystique. Amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Mme X..., 46 ans, opérée chez les sœurs de la rue de la Santé, le 13 février 1890, avec l'assistance de mes internes, MM. Baudoin, Thiercelin et Malherbe. Enorme fibrome interstitiel kystique pris pour un kyste de l'ovaire. Amputation supra-vaginale avec ablation des annexes. Ligature élastique et traitement extra-péritonéal du pédicule. Le pédicule tombe le vingt et unième jour. Guérison (cette observation a été publiée par M. Malherbe, *in Bull. soc. anat.* 1890, p. 444).

Obs. XX. — *Kyste ovarien et fibrome utérin. Ovariotomie et amputation supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.* — Femme de 46 ans, opérée le 31 mai 1890 dans mon service de la maison Dubois. L'ovaire gauche est le siège d'un kyste à deux loges dont l'une contient 5 litres de liquide citrin et l'autre 3 litres de liquide brunâtre. Ablation de ce kyste. Ligature à la soie et réduction de son pédicule. Cette ablation terminée, je constate que l'utérus est farci de fibromes et que les annexes droites, kystiques aussi, ont le volume d'un œuf d'oie. Je fais alors l'hystérectomie abdominale, par section au-dessus d'une ligature élastique qui comprend à la fois l'utérus et les annexes droites. Le poids de la partie enlevée est de 1,145 grammes. Fixation externe du moignon utérin. Le premier pansement est fait le vingt et unième jour et le pédicule tombe le vingt-sixième. Guérison.

M. Championnière. Il n'y a aucune parité à établir entre la gravité de l'ovariotomie et celle de l'hystérectomie pour des motifs très divers.

Tout d'abord, on ne pratique guère l'ablation des fibromes que dans de mauvais cas, qui ne sont plus justiciables des méthodes palliatives beaucoup plus inoffensives, telles que la castration ou le traitement électrique. Il est vraisemblable que si l'on soumettait à l'opération un plus grand nombre de malades, les statistiques s'amélioreraient ; mais il est certain d'un autre côté que l'on ferait courir les chances à bon nombre d'entre elles, en agissant ainsi, d'une intervention qu'elles auraient pu éviter. Lorsqu'il s'agit de myomes pédiculés peu volumineux, l'extirpation est très bénigne, et c'est en comptant un certain nombre de ces cas très favorables que Schrœder était arrivé à présenter une statistique satisfaisante.

Il faut avouer que le diagnostic des cas graves, des myomes inclus dans le ligament large par exemple, ne se fait qu'après ouverture de l'abdomen. C'est même là un des motifs de la gravité de l'hystérectomie en général. On ne se rend pas aussi facilement compte des causes de la mort après elle qu'après l'ovariotomie. Je ne vois plus à compter, en effet, au nombre des motifs qui entraînent la mort après cette dernière opération, que les phénomènes de choc opératoire ; tandis que les causes d'insuccès après l'extirpation des myomes sont bien plus nombreuses et plus complexes. Je donne la préférence dans les cas où j'interviens au traitement extra-péritonéal du pédicule. Mais je répète encore que je n'opère que dans les cas très graves et qui ne semblent pouvoir être améliorés autrement.

M. Bouilly. Il est incontestable que les résultats de l'hystérectomie se sont très sensiblement améliorés depuis quelques années ; qu'elle ne doit plus inspirer les mêmes inquiétudes qu'au-

trefois. Je ne prétends pas qu'on la doive mettre encore, actuellement, sur le pied d'égalité avec l'ovariotomie; mais l'amélioration de son pronostic doit la faire très légitimement accepter, dans les cas où elle est indiquée formellement; ceux notamment où il est impossible de recourir aux méthodes indirectes.

A propos du procès-verbal.

M. Marchand. M. Reynier vous a présenté, dans la séance précédente, une double salpingite purulente d'un volume considérable, car l'une des tumeurs qui n'avait pas été ouverte dépassait le volume du poing d'un adulte vigoureux. On peut observer des distensions tubaires causées par des suppurations, bien plus volumineuses encore, et à ce sujet, je désire vous communiquer, à défaut des pièces elles-mêmes qui ont été perdues par la négligence d'une infirmière, l'observation d'une tumeur abdominale très volumineuse, remplie de pus et sûrement due à une ectasie de la trompe gauche.

Il s'agit d'une femme de 31 ans que j'ai opérée à Saint-Antoine, le 12 octobre 1889, d'une tumeur abdominale dont le diagnostic n'avait pu être établi d'une manière positive avant l'opération.

Cette malade, réglée à l'âge de 12 ans, sans accidents, s'est mariée à 20 ans. Elle a eu un enfant à terme la première année de son mariage; la grossesse ni les suites de couches ne présentèrent aucun incident particulier. Elle n'est jamais depuis devenue enceinte.

Depuis, les règles sont plus abondantes; elles revenaient tous les vingt jours, et prenaient parfois les proportions d'une véritable perte.

L'année qui suivit l'accouchement, elle fit une chute de la hauteur de trois étages sur le côté droit. Depuis lors, elle a toujours ressenti, dit-elle, des douleurs dans le côté droit et le membre inférieur correspondant.

Elle aurait été atteinte vers cette époque d'une ulcération du col de l'utérus qui aurait nécessité des cautérisations répétées et un traitement assez prolongé. Dans ces dernières années, il lui semblait que le bas-ventre était plus dur qu'habituellement, sans qu'elle y constatât pourtant une grosseur véritable.

Le 31 juillet 1889, en frottant un escalier, elle ressentit une douleur abdominale très violente; elle fut obligée de prendre le lit et s'aperçut alors qu'elle avait dans le ventre une grosseur fort douloureuse. Des accidents abdominaux survinrent : ballonnement du ventre, douleurs excessives dans le côté droit, vomissements, constipation opiniâtre.

Ce ne fut qu'après un mois de traitement par les cataplasmes, les

opiacés, les frictions mercurielles, qu'elle fut envoyée dans mon service, où elle fut admise le 30 août.

A cette époque, les accidents aigus avaient cessé; la malade commençait à se nourrir un peu; les douleurs vives du début avaient cédé; la température était normale. Le ventre était assez développé, mais inégalement, car la région latérale droite était fortement soulevée par une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic et empiétant très notablement sur la ligne médiane pour envahir le côté gauche.

La palpation était douloureuse; la consistance était celle d'une tumeur obscurément fluctuante à parois épaisses, impossible à déplacer. La région était absolument mate à la percussion.

Le toucher vagiual permettait de constater que l'utérus dévié latéralement était distinct de la tumeur. Cette dernière était accessible par le cul-de-sac latéral droit.

La palpation bi-manuelle constatait une fluctuation profonde que rendaient manifestes les pressions exercées extérieurement.

L'état de la malade, comme je l'ai dit, tendait à s'améliorer; je crus devoir surseoir pour quelque temps à toute intervention chirurgicale,

Je dois avouer, du reste, que je n'avais point songé qu'il s'agît dans l'espèce d'une salpingite suppurée. J'avais supposé que les accidents éprouvés par la malade tenaient à la torsion du pédicule d'un kyste ovarique (dermoïde?) qui inclus dans le petit bassin avait tout d'un coup gagné la grande cavité abdominale. Peut-être ne s'agissait-il que d'une péritonite partielle déterminée par le néoplasme lui-même.

Je différai mon intervention poür donner à la malade le temps de se remettre, et j'y étais d'autant mieux autorisé qu'aucun accident sérieux n'eût justifié une action immédiate qui eût été exécutée alors dans des conditions déplorables.

Le 12 octobre, je pratiquai la laparotomie pour débarrasser la malade de la tumeur, dont j'avais constaté pendant ce temps les lents progrès. L'incision de la paroi abdominale accomplie, je tombai sur une tumeur assez largement adhérente au péritoine pariétal, et dont l'aspect et la consistance me surprirent tout d'abord. Celle-ci ressemblait, en effet, bien plus à un corps fibreux, qu'à une tumeur kystique. Elle était pourtant manifestement fluctuante, mais on pouvait se rendre compte facilement que sa paroi était d'une épaisseur considérable.

Après avoir détaché les adhérences, assez solides qui l'unissaient au péritoine pariétal, je la ponctionnai, et fus surpris de voir s'écouler par la canule de trocart un liquide louche d'abord, puis absolument purulent.

Je retirai deux litres et demi de ce pus; puis, la poche évacuée, je pus, avec de grandes difficultés causées par des adhérences nombreuses, l'amener au dehors. Je vis qu'elle était attenante au bord latéral droit de l'utérus et à toute l'étendue du ligament large; qu'elle avait, en un mot, tous les rapports anatomiques de la trompe anormalement développée.

Je pus constituer un pédicule très allongé qui comprenait une partie du bord latéral droit et du fond de l'utérus. Ce large pédicule fut serré

dans neuf anses de suture en chaînette entrecroisées. Du côté de l'utérus j'avais compris dans le pédicule une assez grande quantité de tissu. Je pus fermer par une suture particulière au catgut cette perte de substances et restituer sa forme à l'organe dont la cavité n'avait pas été ouverte :

Les suites de mon opération furent relativement simples. Je signalerai pourtant que, le deuxième jour de l'opération, la température ayant atteint près de 39 degrés, et la malade se plaignant de douleurs abdominales très vives, je défis la partie inférieure de la suture et introduisis un gros drain dans la cavité de Douglas. Il se fit par là, pendant trente-six heures, un écoulement considérable de sérosité péritonéale; mais les douleurs dont se plaignait la malade avaient cessé comme par enchantement et la température était devenue immédiatement normale.

Dès lors, la guérison ne fut interrompue par aucun incident digne d'être noté, et la malade sortait complètement guérie le 31 octobre, dix-sept jours après l'opération.

La tumeur était constituée par une vaste cavité kystique, à paroi interne tomenteuse, salie par le pus grumeleux qu'elle contenait. L'épaisseur de la paroi était énorme : elle variait suivant les points, de un à trois centimètres. Le tissu avait tout à fait l'aspect du tissu utérin hypertrophié. On y distinguait manifestement à l'œil nu des faisceaux d'apparence nettement musculaire. L'ovaire volumineux et aplati avait été extirpé en même temps que la tumeur à laquelle il était attaché. L'examen histologique de la paroi a été fait par mon interne, M. Etlinger, dans le laboratoire de M. Gombault.

C'est la note, appuyée d'un dessin schématique qu'il m'a remise, que je transcris ici.

Structure des parois de la poche purulente. — Les parois ont 1 centimètre et demi d'épaisseur dans la partie la plus mince de la tumeur; 3 centimètres environ, dans la portion la plus épaisse.

Histologiquement, elle est en grande partie formée de tissu musculaire lisse. De plus, elle contient des glandes. Il n'existe nulle part des franges qui permettent de caractériser la muqueuse des trompes.

Voici la superposition des diverses couches.

Une couche interne, peu épaisse, très infiltrée de cellules rondes et dans laquelle des fibres sont néanmoins reconnaissables. Cette couche contient de nombreux vaisseaux de petit volume, très près de la surface purulente. Quelques-uns de ces vaisseaux sont ouverts dans la cavité (probablement par le rasoir); ils contiennent du sang normal.

Dans la partie externe de cette première zone, les fibres musculaires sont plus reconnaissables et forment un tissu serré.

La deuxième couche est formée par une rangée de canaux dont la coupe est presque partout perpendiculaire à l'axe de la préparation. Il semble que ce soient des glandes altérées, mais nulle part on ne voit la communication avec la cavité, il n'y a pas non plus de cul-de-sac glandulaire reconnaissable. Ces tubes ont un épithélium très aplati, une large cavité avec quelques débris épithéliaux dans leur intérieur.

En dehors des glandes, il y a deux épaisses couches de tissu musculaire de sens différent, séparées par une zone lâche où se trouvent de nombreux vaisseaux veineux et artériels. Ces faisceaux musculaires sont infiltrés de nombreuses cellules rondes.

Enfin, tout à fait en dehors, il y a une épaisse couche formée de tissu sclérosé très serré, en couches plaquées les unes contre les autres et séparées par quelques lits très minces de fibres musculaires lisses. La surface externe ne laisse reconnaître aucune cellule épithéliale sur la coupe.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai observé un certain nombre de tumeurs volumineuses de la trompe; les grosses tumeurs sont peut-être moins rares qu'on ne l'admet généralement et elles se présentent avec des symptômes beaucoup moins graves que ceux des salpingites de petit volume; aussi les confond-on souvent avec des tumeurs ovariennes.

J'ai eu l'occasion d'extirper deux trompes énormes contenant chacune plus d'un litre de liquide. Ma malade succomba brusquement la nuit qui suivit l'opération à des accidents d'embolie pulmonaire.

M. Championnière. J'ai extirpé chez une même malade les deux trompes dont l'une contenait 1,200 grammes de liquide.

J'ai noté que dans ces cas l'accroissement se faisait lentement comme dans les kystes de l'ovaire avec lesquels la confusion est facile. Chez une malade pourtant dont les tumeurs s'étaient accrues lentement, j'ai pu diagnostiquer des tumeurs tubaires qui chacune contenaient de 7 à 800 grammes de liquide.

Rapport.

Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale,
par M. G. Félizet, chirurgien de Tenon.

Rapport par M. Paul Segond.

Notre récente discussion sur le traitement des fistules recto-vaginales, donne à l'observation de M. G. Félizet un grand intérêt d'actualité. Il s'agit en effet d'un cas de fistule recto-vaginale ancienne, dont la guérison a été obtenue « sans avivement ni suture, au moyen d'une opération d'une facilité extrême et d'une durée de quelques minutes ». En peu de mots, voici le résumé de ce fait intéressant :

« La malade, âgée de 35 ans, est venue consulter M. Félizet

le 14 octobre 1885. Sa fistule, consécutive à un accouchement laborieux, datait de deux ans et se présentait dans les conditions suivantes : vagin rouge et tuméfié; fourchette superficiellement ulcérée par le contact des matières. A 2 centimètres 1/2 au-dessus de la fourchette, à gauche de la ligne médiane, dépression en cul-de-poule, entourée d'une masse calleuse circulaire. Introduite à ce niveau, la sonde cannelée passait aisément dans le rectum en suivant un trajet oblique dont l'orifice rectal était à 4 ou 5 centimètres de l'anus, sur la ligne médiane.

« Désireux d'obtenir la cure de cette fistule sans inciser le périnée, M. Félizet a mis en pratique un artifice opératoire assez ingénieux dont il donne la description suivante : « La malade endormie est placée à l'extrémité d'une table dans la position de la taille périnéale. L'index de la main gauche étant introduit dans le rectum pendant que le pouce presse en avant sur la marge de l'anus afin de tendre le périnée, je fais, en avant de l'extrémité de ce pouce, une incision demi-circulaire de 5 centimètres de longueur : l'incision de la taille périnéale de Nélaton. Le bistouri, guidé par le doigt resté dans le rectum, dédouble à petits coups la paroi recto-vaginale, et marche à la rencontre d'une grosse sonde cannelée que l'un des aides maintient dans le trajet fistuleux pour marquer le terme du premier temps de l'opération. La sonde cannelée étant retirée, le dédoublement de la cloison est poursuivi avec ménagements au delà de la fistule, de façon à dépasser de quelques millimètres les callosités du trajet. Le périnée est donc dédoublé, la fistule est coupée par son travers, et l'effet de ce premier temps est, on le voit, la transformation d'une fistule recto-vaginale en deux fistules : une fistule vagino-périnéale et une fistule recto-périnéale. Le doigt introduit alors dans cet intervalle élargit la brèche, la masse, l'assouplit, et refoule en avant le feuillet antérieur du dédoublement.

« Le second temps est simple : la sonde cannelée est engagée par la brèche périnéale dans le pertuis rectal et ressort par l'anus, présentant sur sa rainure le feuillet postérieur du dédoublement qu'on divise comme dans la plus ordinaire des fistules anales. Les choses étant ainsi disposées, le vagin communique, non plus avec le rectum, mais avec une tranchée indépendante qui se comblera plus tard, après avoir dérivé les gaz et les matières entretenant la communication recto-vaginale. »

Ces prévisions se sont réalisées : un mois après l'intervention, la malade était complètement guérie. Aussi bien, M. Félizet pense-t-il que la méthode de dédoublement mérite grande considération, et qu'il y aurait lieu d'en tenter l'application à la cure des communications recto-vaginales plus étendues. Voici, dit-il, comment

nous proposerions d'agir dans ces cas plus complexes : « Après avoir dédoublé la paroi recto-vaginale et dépassé autant que possible les limites de la fenêtre, nous ferions, comme dans les cas de fistule, la section du pont périnéal. Quant à l'ouverture vaginale, nous lui appliquerions la suture, et cette suture présenterait des chances de succès en raison même de ce fait, que les surfaces accolées seraient mises à l'abri du contact nuisible des gaz et des matières, lesquels trouveraient une large voie de décharge dans la tranchée créée par le dédoublement de la cloison et la section du sphincter anal. »

Le nouveau procédé opératoire que M. Félizet préconise et qu'il a, notons-le, pratiqué avec succès il y a 5 ans est en somme un dérivé du procédé que Asthey Cooper[1] avait autrefois appliqué à la cure des fistules uréthro-rectales de l'homme. Considéré dans ses traits essentiels il peut être résumé en quelques mots : transformation de la fistule recto-vaginale en une fistule anale simple justiciable de la section classique, et en une fistule vagino-périnéale qui, mise à l'abri des gaz et des matières, devient désormais curable spontanément ou autrement par le fait seul de la suppression des causes qui l'entretenaient.

Les analogies qui existent entre le procédé employé il y a 5 ans par M. Félizet et celui que M. Quénu nous a décrit, vous ont certainement frappés. M. Quénu, reprenant un manuel opératoire autrefois conseillé par A. Guérin[2], procède lui aussi par voie de dédoublement périnéal, avec l'idée préconçue de supprimer l'influence pernicieuse du contact des gaz. Mais, poussant beaucoup plus loin l'œuvre de réparation de Félizet, il se garde de sacrifier le feuillet postérieur du dédoublement périnéal et s'attache à réunir par des sutures appropriées la perforation vaginale aussi bien que la perforation rectale. Vous vous souvenez enfin que notre collègue conseille de terminer l'intervention par la section sous-muqueuse du sphincter anal, et le drainage temporaire de la brèche périnéale.

La seule différence qui existe entre le procédé Guérin-Quénu et le procédé Félizet réside, on le voit, dans le sort du feuillet postérieur du dédoublement périnéal. Félizet le sacrifice d'emblée, Quénu le conserve. Théoriquement, le procédé Guérin-Quénu semble donc préférable; il est moins onéreux pour le périnée de la patiente, et l'épargne est ici d'autant plus précieuse que d'habitude le feuillet postérieur d'un dédoublement périnéal est plus

[1] P. Segond, Des abcès chauds de la prostate (*Thèse de doctorat*, p. 148 ; 1880).

[2] A. Guérin, *Éléments de chirurgie opératoire*, 3e éd., p. 677. Paris, 1874.

épais, plus étoffé que l'antérieur. Reste à savoir si l'application réitérée de la méthode ne viendrait pas démontrer que cette conservation est trop ambitieuse, et que le plus simple comme le plus sûr consiste à se conformer d'emblée aux règles habituelles de la cure des fistules anales. Le fait est possible ; mais n'ayant jamais pratiqué moi-même l'opération conseillée par M. Quénu et par M. Félizet, je ne puis me prononcer plus positivement sur les avantages comparatifs des deux procédés. L'un et l'autre sont fort ingénieux, mais c'est tout ce que l'on peut en dire à cette heure. Je suis d'autant plus réservé dans mon appréciation que, pour mon compte, j'ai la plus extrême défiance pour toutes les tentatives opératoires tendant à détrôner ce que l'on pourrait appeler la doctrine de la section périnéale dans le traitement des fistules recto-vaginales. Qu'il me soit permis d'entrer, à cet égard, dans quelques détails.

M. Le Dentu l'a spécifié lui-même au début de cette discussion; j'y suis revenu à mon tour et j'ai eu la satisfaction d'entendre M. Bouilly parler dans le même sens. Il est de première importance, dans la question qui nous occupe, d'établir une différence des plus tranchées entre les fistules recto-vaginales haut situées et les fistules plus voisines de la vulve. Pour les premières, rien n'est plus légitime que de chercher à remplacer la section de la cloison recto-vaginale par une intervention limitée à l'orifice fistuleux. L'opération nouvelle conseillée par M. Le Dentu remplit à cet égard des garanties sérieuses et pourrait constituer un grand progrès si l'expérience vient en confirmer l'efficacité. Mais en est-il de même pour les fistules plus bas situées, pour celles que la section périnéale avec périnéorrhaphie consécutive guérit, on peut le dire, sans coup férir ? Je ne le crois pas. Sans doute, il se peut qu'on observe des fistules recto-vaginales chez des femmes dont le périnée est encore en bon état ; c'est dans ce cas très exceptionnel, et seulement dans ce cas, que je consentirais peut-être pour ma part à procéder comme M. Félizet ou M. Quénu. Mais, qu'on ne l'oublie pas, la règle à peu près générale c'est que les femmes atteintes de fistules recto-vaginales ont en même temps un mauvais périnée. Leur sangle périnéale est plus ou moins compromise. Dès lors, pourquoi donc s'efforcer d'éviter une opération qui offre le double avantage de guérir facilement la fistule, et de reconstituer une sangle périnéale résistante ? N'est-il pas évident que la périnéorrhaphie est ici l'opération de choix ?

Les précautions antiseptiques dont on sait maintenant s'entourer sont, dit-on, capables de rendre efficaces les opérations qui échouaient presque toujours autrefois. Je ne crois pas qu'il en soit absolument ainsi et sans nier un instant les incomparables

bienfaits de l'antisepsie vagino-rectale j'estime que dans la cure des fistules recto-vaginales, l'antisepsie aussi bien que l'habileté de l'opérateur auront toujours à compter beaucoup avec les difficultés topographiques de l'intervention. Mais, passons sur cette considération spéciale, admettons, sans restriction, la réalité de nos perfectionnements opératoires, n'est-il pas très clair que la périnéorrhaphie doit aussi bien et mieux encore que les interventions portant sur la fistule seule, bénéficier des ressources de l'antisepsie? Dès lors, je ne vois pas pourquoi on aurait avantage à revenir sur la doctrine qui paraissait classique depuis le rapport de M. Monod. Avant l'antisepsie la section périnéale avec périnéorrhaphie consécutive était l'opération de choix et j'estime qu'elle doit toujours être considérée comme telle. Elle seule peut à la fois guérir la fistule et réparer les avaries petites ou grandes, mais à peu près constantes du périnée.

A l'appui de cette manière de voir, je puis vous citer deux faits de ma pratique personnelle, dans lesquels la section périnéale avec périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait m'a permis de guérir très rapidement, des trajets fistuleux mesurant 5 à 6 millimètres de diamètre et siégeant à 2 et 3 centimètres de l'extrémité inférieure du vagin. Dans ces deux cas la fistule consécutive à un accouchement laborieux s'accompagnait de déchirure légère de la fourchette. J'ai pu, tout à la fois, guérir la fistule et reconstituer un périnée solide. Tout récemment encore j'ai vérifié l'efficacité de cette opération sur une fillette de 15 ans atteinte d'un abouchement anormal du rectum à la partie inférieure du vagin. M. Guyon, après avoir reconstitué l'anus en situation normale, le 23 juin, m'a confié le soin de guérir la fistule recto-vaginale. Celle-ci laissait aisément passer une grosse sonde cannelée et siégeait au-dessus de l'anneau vulvaire. Le 22 septembre j'ai pratiqué la section avec périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait. Les fils ont été enlevés le sixième jour et la fillette absolument guérie possède un périnée présentant les meilleures conditions d'épaisseur et de solidité.

Sans plus insister sur ces quelques exemples particuliers, permettez-moi de vous résumer les enseignements généraux qui me semblent résulter de cette discussion. Pour les fistules haut situées je pense que lorsque le périnée ne réclame pas de réparation, on doit essayer d'obtenir la guérison par des opérations identiques ou semblables à celle que M. Le Dentu nous a proposée ; mais, pour les fistules de la partie inférieure du vagin, le procédé de M. Félizet ou de M. Quénu n'a raison d'être que si le périnée est absolument intact, ce qui est bien rare, et, dans l'immense majorité des cas, la périnéorrhaphie et surtout la périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait, doit être considérée comme l'intervention la plus

sûre et la meilleure. Quant aux fistules recto-vulvaires, leur cure ne prête guère à discussion; la périnéorrhaphie très simple qu'elles réclament donne, on peut le dire, des succès constants.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Félizet, de déposer son travail dans nos archives, et de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire de notre Société.

Discussion.

M. Quénu. Je ne saisis pas très bien quels avantages présente le procédé de M. Félizet, ni le but qu'il poursuit; mais je laisse cette question de côté pour m'attacher uniquement à la discussion des indications opératoires. Les dernières communications faites à la Société de chirurgie nous démontrent au moins que nous ne manquons plus de procédés qui guérissent la fistule recto-vaginale; la plupart ont pour but de boucher la fistule sans sacrifier préalablement ce qui reste du périnée. Mais si nous sommes tous d'accord pour reconnaître que certains cas sont justiciables de la méthode de M. Richet, cet accord cesse dès qu'il s'agit de déterminer quels sont ces cas, et quels sont d'autre part ceux auxquels conviennent les opérations qu'on pourrait appeler « de ménagement », telles que celles de Le Dentu, Th. Anger et celle que j'ai exposée ici il y a quelques semaines.

La plupart de mes collègues ont pris pour base de leur choix le siège de la fistule; c'est ainsi que M. Bouilly réserve aux fistules élevées les procédés économiques; il en est de même de M. Segond. M. Le Dentu conseille au contraire d'essayer « dans les fistules basses, soit le procédé Quénu-Guérin, soit le sien ». Il me paraît évident que le seul caractère du siège est insuffisant pour le déterminer et que c'est par trop schématiser le problème que de s'en contenter.

Et d'abord qu'appelez-vous fistules élevées et fistules basses? Pour ma part j'adopte la définition de M. Bouilly: j'appelle fistules élevées celles qui sont situées tout à fait au-dessus du sphincter de l'anus, et fistules basses les intra- ou sous-sphinctériennes. Or, il y a 3 semaines, je me suis trouvé en présence d'une fistule située bien au-dessus du sphincter et consécutive à un accouchement des plus laborieux. Il s'agissait d'une femme de 28 ans dont le travail avait duré plus de 38 heures et s'était terminé, grâce au forceps, par l'accouchement d'un enfant pesant plus de 5 kilogrammes. Je constatai chez elle une large fistule où deux doigts pouvaient passer, le périnéo était réduit à un pont de 2 et demi à 3 centimètres, peu épais. Je n'hésitai pas à sacrifier ce mauvais périnée et à pratiquer d'emblée une périné-

orraphie d'après la méthode de Tait. Le succès a été complet. Donc ici je me suis déterminé non d'après le siège, mais d'après la largeur de la brèche recto-vaginale, et d'après l'état du périnée.

Le hasard m'a envoyé, il y a une douzaine de jours, une autre fistule recto-vaginale, ou mieux ano-vaginale existant depuis quatre ans chez une femme âgée de 36 ans. Cette fistule aboutissait, du côté de l'anus, à un tout petit orifice situé dans le conduit anal, sous le sphincter; son autre extrémité, évasée en entonnoir, siégeait immédiatement en arrière de l'orifice du vagin. Il s'agissait donc bien d'une fistule ano-vaginale et non pas ano-vulvaire, présentant un trajet oblique et infundibuliforme, allant du vagin vers l'anus et ne laissant, naturellement, passer aucun gaz. Il ne pouvait venir à la pensée d'aucun chirurgien de fendre tout le périnée et un peu de cloison recto-vaginale; j'avivai l'orifice fistuleux du côté de l'anus : du même coup la muqueuse vaginale libérée s'éloigna, en se rétractant, de la muqueuse anale et tout le trajet se trouva avivé. Je fermai l'orifice intestinal par un point de suture. Puis du côté du vagin, je taillai, juste au-dessus de l'orifice fistuleux, un petit lambeau triangulaire à pointe inférieure, que j'attirai en bas en le faisant passer comme un pont sur la fistule; je le suturai par cinq ou six points avec une surface adéquate préalablement avivée. Les suites ont été des plus simples, et la guérison est dès à présent assurée.

Ces deux exemples suffisent, il me semble, à démontrer que le choix du procédé opératoire ne doit pas reposer sur un seul caractère, si important soit-il; à mon sens l'état du périnée a bien plus de valeur pour le chirurgien que le siège de la fistule. Il convient encore de tenir compte de la largeur ou de l'étroitesse de celle-ci, de l'existence ou de l'absence d'un trajet, de sa direction, de sa structure anatomique. C'est en faisant l'analyse de tous ces caractères et en tenant bien entendu un grand compte du siège, qu'on arrivera à faire le choix le plus judicieux. Je ne veux pour preuve de mes conclusions que la multiplicité même des récents procédés (j'en ai rapporté deux personnellement) qui tous évidemment dans l'esprit de leurs auteurs ont répondu à une indication donnée, et à une disposition anatomique particulière.

M. P. Segond. Les objections de mon ami M. Quénu me semblent un peu spécieuses, et, pour lui répondre, je ne puis que me répéter. La différence qui sépare les fistules hautes des fistules basses ne me paraît pas discutable. Il est en effet bien clair qu'en présence d'une fistule recto-vaginale située dans la moitié supérieure du vagin, on y regardera à deux fois avant d'inciser la totalité de la cloison, et tout procédé qui permettra d'éviter cette sec-

tion sera toujours adopté avec faveur. Si la fistule est au contraire située dans la moitié inférieure du vagin, il n'y a vraiment plus de raison de reculer devant l'intervention qui est seule capable de réaliser à la fois la guérison de la fistule, et la reconstruction d'un périnée solide.

Quant à l'influence prédominante que l'état du périnée doit exercer sur nos déterminations opératoires, il me paraît difficile de la mettre en lumière avec plus d'insistance que je ne l'ai fait tout à l'heure. C'est, en effet, en me basant sur l'état du périnée et sur les avaries qu'il a presque toujours subies chez les femmes dont nous parlons, que je me suis efforcé de montrer l'insuffisance habituelle des procédés analogues à celui de M. Quénu, et l'incontestable supériorité de la section périnéale suivie de périnéorrhaphie dans le traitement des fistules recto-vaginales.

Lecture.

M. Schmidt lit une observation *d'érysipèle de la face et du cuir chevelu compliqué d'accidents infectieux multiples et graves :* diarrhée, endocardite, embolie, gangrène, ayant nécessité une amputation ; pleuro-pneumonie terminée par vomique.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 19 novembre 1890.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une observation intitulée : *Contribution à l'étude des luxations du genou en dehors*, par le Dr Maurice Claudot, directeur du service de santé du 4e corps d'armée, au Mans. M. le Dr Claudot adresse en outre à la Société divers mémoires à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant (Commissaire : M. Nélaton) ;

3° Une observation de *Luxation pathologique de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde*, par le Dr Le Clerc (de Saint-Lô) (Commissaire : M. Nélaton) ;

4° Un mémoire de M. Félizet intitulé : *Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule* (Commissaire : M. Segond) ;

5° Une observation relative à l'*opération de Mikulicz*, par M. le Dr Gellé (de Provins) (Commissaire : M. Berger) ;

6° Une observation de M. Boiffin (de Nantes), relative à une *plaie de l'abdomen par instrument tranchant*; *laparotomie, suture intestinale ; mort le 5e jour par rupture des fils de la plaie abdominale dans un accès de delirium tremens* (Commissaire : M. Terrier) ;

7° Une observation de M. de Larabrie (de Nantes), intitulée : *Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une laparotomie; fistule intestinale ; entérectomie* (Commissaire : M. Routier) ;

8° Une observation de M. Kummer (de Genève), intitulée : *Extraction d'une aiguille enkystée dans un doigt* (Commissaire : M. Nimier) ;

9° M. le Dr Piéchaud (de Bordeaux), membre correspondant, adresse à la Société la *Statistique des opérations pratiquées à la*

clinique chirurgicale des enfants, de novembre 1887 à octobre 1890 ;

10° M. Reclus offre à la Société le troisième volume du *Traité de chirurgie,* publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus.

A propos du procès-verbal.

Sur le traitement des fistules recto-vaginales.

M. Bazy. Je regrette de n'avoir pas été présent à la dernière séance : j'aurais communiqué la relation d'une fistule recto-vaginale guérie par un procédé différent de ceux qui ont été communiqués jusqu'ici; et qui est comme l'application du procédé de Lawson Tait à la cure de ces fistules. Il s'agit d'une femme de 23 ans, entrée dans mon service, à l'hôpital Beaujon, le 8 octobre dernier.

Cette femme est accouchée pour la première fois il y a deux mois. L'accouchement a été laborieux et, depuis ce moment, elle a une incontinence absolue des matières fécales; elle est continuellement souillée. C'est pour être guérie de cette incontinence qu'elle entre à l'hôpital.

Quand je l'examine, je suis obligé de débarrasser des matières fécales qui le souillent, le cloaque formé par le vagin et le rectum.

Je vois alors une déchirure complète du périnée, et une fistule de 1 centimètre de diamètre environ située à 3 centimètres et demi du bord inférieur de la cloison recto-vaginale.

Le mécanisme de cette fistule est facile à saisir : car toute la bande de cloison recto-vaginale située au-dessous de la fistule est constituée par du tissu cicatriciel. Ce mécanisme le voici :

La déchirure du périnée s'est en partie cicatrisée après l'accouchement; elle s'est cicatrisée par le milieu, laissant au-dessus d'elle la fistule et au-dessous une déchirure totale.

L'épaisseur de la cloison au-dessous de la fistule est de un demi-centimètre environ.

La malade ayant ses règles juste deux jours après son entrée, l'opération est remise au 18 octobre.

Chloroforme. Vulve rasée, désinfectée à la brosse, au savon et au sublimé. Injection vaginale au sublimé. Position du speculum.

Par une incision transversale, je dédouble au bistouri la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus de la fistule, en rasant, au niveau de celle-ci, la muqueuse vaginale.

J'ai ainsi deux orifices à la fistule : un rectal, l'autre vaginal.

A chaque extrémité de cette incision, je fais une incision verticale, de façon à dessiner un H dont les branches antérieures sont plus longues que les postérieures.

Je fais ensuite cinq sutures périnéales au crin de Florence : ces sutures entrent et sortent le long du bord des incisions verticales et elles passent toutes au-dessus de l'orifice rectal de la fistule ; le point de suture le plus reculé entre et sort un peu en arrière du diamètre transverse de l'anus.

Les fils sont serrés et noués sur la ligne médiane. Le lambeau postérieur, quand ces fils sont noués, se retourne du côté de l'anus et je suture ses bords par des points superficiels.

L'orifice rectal de la fistule se trouve ainsi fermé par cette série de sutures en bourse.

L'orifice vaginal est fermé par 5 points vaginaux.

J'enlève les fils périnéaux le 8e jour et les vaginaux le 10e. Je ne les ai pas enlevés en même temps, parce que la malade était très énervée et redoutait beaucoup de souffrir.

La réunion est complète. Le périnée mesure près de 5 centimètres de haut.

L'opérée avait paru tout d'abord ne pas conserver ses matières, ce qui m'avait fait douter de la bonté du procédé de Lawson Tait et fait regretter de n'avoir pas employé le procédé d'Emmet qui donne de si bons résultats. Mais huit jours après, elle les conservait fort bien. Revue après 25 jours (le 24 novembre) elle retenait très bien, même les gaz.

La restauration du périnée, ajoutée au dédoublement de la cloison recto-vaginale, me paraît supérieure au dédoublement simple, et surtout au dédoublement compliqué de l'incision du rectum au-dessous de la fistule.

Discussion sur le traitement chirurgical des fibromes.

M. Terrier. Messieurs, avant que la discussion soulevée par l'intéressante communication de mon ami et collègue G. Richelot soit close, permettez-moi encore un mot :

J'ai fait le relevé de la statistique des hystérectomies abdominales pratiquées à l'hôpital Bichat depuis 1883 jusqu'à ce jour, hystérectomies dont la plupart ont été faites par moi, mais dont un certain nombre aussi sont dues à mes amis et collaborateurs MM. G. Richelot et Quénu

Ces hystérectomies peuvent être divisées en :

1° Hystérectomies abdominales sus-vaginales, avec pédicule extra-péritonéal ;
2° Hystérectomies abdominales sus-vaginales, avec pédicule intra-péritonéal.

Disons de suite que dans un cas, l'ablation de la tumeur utérine ne put être faite : la malade, atteinte d'un énorme fibrome enclavé, étant morte d'hémorrhagie pendant l'opération (1889).

Voici le tableau des hystérectomies abdominales avec pédicule dehors :

En 1883, on a fait 2 opérations ; on a eu 2 succès.
En 1884, on a fait 2 opérations ; on a eu 1 succès et 1 mort par péritonite suppurée.
En 1885, on a fait 5 opérations ; on a eu 1 succès seulement, 3 péritonites suppurées et 1 mort au 8e jour d'étranglement interne (Richelot).
En 1886, on a fait 6 opérations ; on a eu 3 succès et 3 morts (hémorrhagie, péritonite aiguë, péritonite chronique, un mois après l'opération).
En 1887, on a fait 8 opérations ; on a eu 4 succès et 4 morts (choc et péritonites).
En 1888, on a fait 5 opérations ; on a eu 5 succès.
En 1889, on a fait 7 opérations ; on a eu 5 succès et 2 morts (1 d'hémorrhagie 3e jour, 1 étranglement interne) (Quénu).
En 1890, on a fait 3 opérations ; on a eu 2 guérisons et 1 mort de péritonite.

Ceci donne en bloc, 38 opérations ; 23 guérisons et 15 morts ; soit une mortalité de 39,47 0/0.

Dans le but de comparer les résultats obtenus actuellement avec ceux que nous avions jadis, j'ai divisé en deux périodes égales cette statistique portant sur 8 années.

Or, de 1883 à 1886 inclusivement, c'est-à-dire dans les quatre premières années, la mortalité des 15 opérations faites à Bichat est de 8, ce qui donne 53,3 0/0.

Tandis que de 1887 inclusivement, jusqu'en 1890, c'est-à-dire dans ces quatre dernières années, la mortalité est de 7 sur 23 opérations, ce qui donne 30,40 0/0.

En chiffres ronds, nous passons donc de la mortalité environ de plus de 50 0/0, à une mortalité encore sérieuse d'un peu plus de 30 0/0.

Évidemment, nous sommes en voie d'amélioration, mais, cette

amélioration nous tient encore loin du chiffre de mortalité des ovariotomies en général, chiffre que j'estime au plus bas à 10 0/0.

Voyons maintenant les résultats obtenus lors du pédicule rentré dans la cavité abdominale.

Je n'ai suivi cette pratique que depuis deux années et n'ai pas lieu de m'en féliciter, comme on va le voir :

En 1889, on fait à Bichat 4 opérations d'hystérectomie avec pédicule rentré. Le résultat a été : 1 guérison et 3 morts (1 par urémie, 2 par péritonite septique);

En 1890, je trouve aussi 4 opérations, avec pédicule rentré. Le résultat a été : 3 guérisons et 1 mort par hémorrhagie.

Comme on le voit, sur 8 opérations avec pédicule rentré dans l'abdomen, j'ai 4 morts et 4 guérisons; soit 50 0/0 d'insuccès, ce qui me paraît peu encourageant.

Est-ce à dire que systématiquement je rejetterai l'abandon du pédicule, pour toujours le mettre au dehors, je ne le crois pas; toutefois, dans la plupart des cas, comme M. Bouilly, j'aurai tendance à laisser le pédicule au dehors. Plusieurs raisons m'y forcent, et, comme je l'ai dit, la principale, c'est que, la cavité utérine ouverte, le pédicule devient septique, et cela malgré la cautérisation au thermocautère, malgré l'excision de la muqueuse, malgré la suture de celle-ci. Cette septicité s'explique pour moi par ce fait signalé dans la thèse d'un de mes amis et élèves, M. le Dr Peraire, à savoir que l'on rencontre des micro-organismes jusque dans le tissu utérin, chez les femmes qui ont de la métrite.

Or, et je l'ai déjà dit ici il y a longtemps, rien n'est plus fréquent que la métrite chez les femmes porteurs de fibromes, et rien de plus fréquent que cette métrite ne détermine des accidents inflammatoires du côté des trompes et des ovaires.

Si cette métrite est catarrhale seulement, on conçoit que les précautions qui consistent à cautériser la muqueuse ou à l'exciser et à cautériser ensuite, soient suffisantes. Mais lors de métrite purulente, il se peut que les éléments septiques aient dépassé les limites appréciables de la muqueuse, d'où la possibilité d'accidents septiques péritonéaux.

D'ailleurs, cette septicité de la muqueuse explique pourquoi le fil élastique, abandonné dans l'abdomen, finit par s'éliminer par suppuration dans bien des cas. Il a pu traverser sans phénomènes inflammatoires septiques le tissu utérin; mais arrivé à la muqueuse ou à ses environs, l'inoculation se fait et le pus se produit. Or, cette imminence presque fatale de l'inoculation, me paraît devoir modifier quelque peu le manuel opératoire, et ne pas faire accepter avec un enthousiasme excessif la ligature élastique, qui, perdue

momentanément, se retrouve trop souvent au milieu d'un abcès. Quoi qu'on en ait dit, il y a donc encore à chercher, au point de vue du manuel opératoire, dans l'extraction des fibromes de l'utérus; et entre l'abandon complet du pédicule dans la cavité abdominale, ou sa fixation au dehors de cette cavité, il est des moyens spéciaux que l'on peut utiliser avec succès.

Par exemple, l'énucléation du fibrome du tissu utérin et la fixation de cette poche utérine à la paroi abdominale, soit qu'on laisse cette cavité largement ouverte, soit qu'on la referme en partie et qu'on la draine : ou bien, comme je l'ai fait encore il y a quelques jours, l'énucléation du fibrome et la fixation du pédicule dans l'épaisseur de la paroi abdominale, la suture cutanée étant complète. Dans ce cas, et dans un autre tout récent de mon ami le Dr Quénu, que j'aidais, il n'y eut pas l'ombre d'accident, et les deux opérées sont en bonne voie de guérison.

Il y aurait encore bien à dire sur l'intervention chirurgicale dans les fibromes, mais je crois devoir me borner à ces quelques remarques de statistique et de technique opératoire.

Rapport.

Luxation ancienne de la hanche. Résection de la tête du fémur. Evidement de la cavité cotyloïde oblitérée ; réduction du col fémoral dans cette cavité. Guérison avec une néarthrose solide, par le Dr Ricard.

Rapport par le Dr Ch. Nélaton.

Dans une très intéressante communication, M. Ricard nous a montré les heureux effets d'une résection de la tête du fémur appliquée à la correction d'une luxation de la hanche, datant de huit mois. Je crois pouvoir déclarer que le résultat obtenu est parfait. Vous avez pu le juger un an après l'intervention, et vous avez pu constater que l'opéré de M. Ricard marche facilement, que les divers mouvements de l'articulation de la hanche : la flexion, l'adduction et même une légère abduction, sont possibles.

Voici en deux mots l'observation :

« Un homme fait une chute d'un lieu élevé et se luxe la hanche droite. Plusieurs tentatives de réduction sont vainement exécutées dans les premières semaines qui suivent l'accident.

« Huit mois plus tard, M. Ricard voit le blessé ; il présente les symptômes d'une luxation ischiatique. La marche est impossible

sans béquilles, et la mobilité de la tête fémorale est telle que le membre luxé ne peut fournir au tronc un point d'appui solide. La marche, la station debout prolongée, la position assise provoquent des douleurs vives, et le malade réclame énergiquement une intervention chirurgicale.

« M. Ricard fait l'opération suivante : il découvre la tête fémorale par une incision postérieure placée sur la saillie formée par la tête luxée, résèque la sphère fémorale, décolle avec la rugine la capsule adhérente au cotyle ; et, après avoir mobilisé et refoulé en avant cette capsule, agrandit avec la gouge et le maillet la cavité cotyloïde déformée. Ceci fait, il place dans la cavité reconstituée le moignon du col fémoral. »

La cicatrisation fut rapide; une néarthrose s'établit, grâce aux mouvements qui furent communiqués à la cuisse, au bout de six semaines, et vous avez pu vous-mêmes juger de la solidité de la jointure et de l'étendue de ses mouvements.

Jusqu'ici l'intervention chirurgicale, en présence des luxations invétérées de la hanche, est restée hésitante. La plupart des chirurgiens qui y ont eu recours n'ont pas pu réaliser ce qu'ils voulaient faire : remettre les surfaces articulaires en place en sectionnant les parties molles qui s'opposent à la réduction. Ils ont dû terminer leur intervention par une résection de la hanche, qu'ils ne s'étaient pas tout d'abord proposé de faire.

Or le résultat obtenu par M. Ricard est infiniment supérieur à celui d'une résection pure et simple, et l'opération dont il nous a donné la description constitue, je crois, le procédé de choix, non pas pour tous les cas, mais pour un grand nombre de cas de luxations irréductibles de la hanche. Je vous demande la permission de justifier en quelques mots mon appréciation.

Lorsqu'une luxation de la hanche a résisté à plusieurs manœuvres de tractions faites dans les conditions voulues (conditions depuis longtemps établies par Després le père, puis par Bigelow), il est rationnel de recourir à une méthode sanglante pour remettre dans sa cavité la tête déplacée. Ce qui semble alors le plus simple c'est de découvrir la tête fémorale, de la débarrasser par section directe de toutes les brides qui la retiennent dans sa position anormale, de façon à pouvoir la réintégrer dans sa cavité.

Cette idée est venue à plusieurs chirurgiens; mais lorsqu'ils ont voulu la mettre à exécution, ils n'ont pu y parvenir. J'ai essayé de donner l'explication de ces échecs dans un mémoire publié en 1889 dans les *Archives générales de médecine*. Au cours de deux opérations pratiquées l'une par mon ami M. Quénu, l'autre par moi-même pour des luxations anciennes de la hanche, j'avais

constaté l'existence de deux causes d'irréductibilité dont l'importance m'avait paru capitale. J'ai retrouvé ces deux obstacles à la réduction chez le malade de M. Ricard (car j'assistais à l'opération) et je vous demande la permission de vous les rappeler en deux mots, pour vous montrer comment M. Ricard en a triomphé.

Les deux principales causes d'irréductibilité sont : 1° l'interposition de la capsule ; 2° le raccourcissement des muscles péricotyloïdiens.

Or, l'arthrotomie pure et simple ne combat ni l'un ni l'autre de ces obstacles à la réduction. Il n'est donc pas étonnant qu'elle échoue.

L'arthrotomie ne permet pas de supprimer l'interposition capsulaire ; la chose est facile à démontrer : la tête fémorale se luxe en sortant par une déchirure capsulaire placée directement en bas de la jointure ; puis une fois sortie de la cavité articulaire elle remonte en haut et en arrière du cotyle (variétés dorsales). Lorsque cette tête luxée s'est ainsi portée plus ou moins haut vers la fosse iliaque externe, toute la partie antéro-supérieure de la capsule qui est restée intacte, a suivi le grand trochanter auquel elle s'insère. Elle a été par conséquent entraînée en dehors et est tendue comme un voile au devant de la cavité cotyloïde vide. Si le déplacement remonte à plusieurs mois, la capsule ainsi tendue au devant du cotyle, est fixée dans cette position par des adhérences contractées avec les parties voisines, et la cavité articulaire est close. Voilà l'obstacle à la réduction.

Or, dans les arthrotomies qui ont été faites, on pratiqua une incision en arrière sur la tête luxée ; on la découvrit en arrière, en haut et en bas, mais il fut impossible d'agir au devant d'elle, et c'est précisément là que siégeait l'obstacle. Dès lors, on conçoit bien que les arthrotomies échouent puisqu'elles ne permettent pas d'atteindre le véritable obstacle à la réduction.

Peut-être me dira-t-on, M. Polaillon a cependant réussi une fois à remettre en place la tête fémorale par arthrotomie pure et simple, et M. Vecelli deux fois (au dire de M. O. Bloch). Mais M. Polaillon réussit parce que la luxation était obturatrice et que l'incision qu'il conduisit sur la tête *et au-dessus d'elle* lui permit de *sectionner au-dessus et en arrière d'elle* la portion postéro-supérieure de la capsule ainsi que tous les muscles qui s'insèrent au trochanter. Il avait donc pu atteindre derrière la tête le véritable obstacle à la réduction : la capsule plaquée au devant du cotyle. Or, pareille manœuvre est impossible à exécuter lorsqu'il s'agit de luxations dorsales.

Pour un des cas de M. Vecelli il s'agissait aussi d'une luxation obturatrice, et dans le second il n'est pas dit à quelle époque remontait la luxation.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir dire dès à présent, d'après les trois cas qu'il m'a été donné d'observer, d'après la lecture des observations publiées, que l'obstacle à la réduction, placé en avant de la tête luxée dans les variétés dorsales, en arrière d'elle dans les variétés obturatrices, ne sera pas atteint par une incision faite comme elle l'est généralement, sur la saillie de la tête luxée. Il serait plus rationnel de pratiquer, comme Nicoladoni l'avait proposé, une incision antérieure lorsqu'il s'agit d'une luxation dorsale, une incision postérieure lorsque la tête est en avant en variété obturatrice ; on découvrirait d'abord le cotyle, ce qui permettrait d'y ramener le fémur. Mais l'incision directe sur la tête ne peut donner et n'a donné aucun résultat dans la très grande majorité des cas.

L'arthrotomie pure et simple ne combat pas davantage le second obstacle, le plus sérieux peut-être : le raccourcissement des muscles péricotyloïdiens. Les muscles adducteurs et les fessiers se sont raccourcis, rétractés ; ils s'opposent, quelque effort que l'on fasse, à l'abaissement do la tête au niveau de sa cavité.

Pour obvier à ce raccourcissement, peut-on penser à la ténotomie? La chose nous paraît bien délicate, car pour obtenir un résultat il faudrait sectionner non seulement toutes les insertions des fessiers qui retiennent le fémur en dehors, mais encore diviser celles des adducteurs qui le fixent en dedans.

Aussi le plan suivi par M. Ricard me paraît-il absolument bon, car il permet de triompher des deux causes d'irréductibilité que nous venons d'étudier.

Abandonnant de parti pris l'arthrotomie pure et simple, il fait (pour une luxation dorsale) une incision postérieure, découvre la tête luxée et la résèque au ras du col.

Utilisant la voie ouverte par cette résection de la tête, il découvre la cavité cotyloïde et la voit oblitérée par la capsule plaquée contre elle. Aussi avec la rugine il détache du bord cotyloïdien postérieur cette capsule, la décolle, l'éloigne du fond du cotyle, la rend mobile en un mot.

Que si le cotyle lui paraît alors déformé, il l'agrandit ou modifie sa forme avec la gouge et le maillet, puis dans la cavité articulaire ainsi reconstituée il replace le moignon de col fémoral qui lui reste. Car maintenant la chose lui est possible : en détachant la capsule de ses adhérences au bord cotyloïdien postérieur et en la repoussant en avant, il a rendu la cavité cotyloïde directement accessible au col fémoral, il a détruit l'interposition. De plus, il a obvié au raccourcissement des muscles péricotyloïdiens, non pas en les allongeant, mais en raccourcissant le fémur de la hauteur de la

tête cartilagineuse (3 centimètres et demi environ). Il tourne donc les deux difficultés que lui oppose la disposition des parties.

Là ne se bornent point les avantages de la pratique de M. Ricard. Il conserve de la force à la jointure, car il n'a pas sectionné la portion puissante et résistante de la capsule: le ligament de Bertin.

De plus, il a remis dans une cavité le col fémoral, qui reconstituera un centre de mouvements et qui surtout s'opposera à l'ascension de la tête fémorale vers la crête iliaque.

C'est cette ascension augmentant encore un an après l'intervention, qui est l'écueil des résections, dans lesquelles on verra, ainsi que cela m'est arrivé, un résultat excellent pendant huit mois, devenir médiocre après un an.

La résection limitée à la sphère cartilagineuse fémorale avec réintroduction du moignon cervical dans la cavité cotyloïde, d'après le procédé de M. Ricard, me paraît donc l'intervention de choix lorsqu'elle est possible. Elle sera souvent applicable, car elle est possible avec un raccourcissement des muscles péricotyloïdiens de 3 centimètres à 4 centimètres environ (la résection de la tête fémorale supprime à peu près cette longueur de l'os). Mais elle ne peut pas toujours être employée si le raccourcissement des muscles est plus grand. Après résection de la sphère cartilagineuse, le col ne pourra être abaissé au niveau du cotyle, et c'est alors la résection pure et simple qui reste comme dernière ressource.

L'observation de M. Ricard est trop importante pour que je ne la donne pas ici *in extenso*, avec les quelques remarques dont il la fait suivre:

En décembre 1888, le nommé Sans (Pierre), employé au Canal de Panama, fit sur la hanche droite une chute d'un lieu élevé. Il ne put se relever et le médecin qui fut appelé constata une luxation de la hanche en arrière. Il fit, mais sans succès, plusieurs tentatives de réduction. Deux mois après, un second médecin fit de nouveaux essais qui demeurèrent également infructueux. La cuisse conserva l'attitude vicieuse qu'elle avait prise lors de l'accident; mais des manœuvres réitérées de réduction avaient amené un gonflement notable de la hanche et augmenté la douleur; le malade dut rester au lit pendant trois mois avant de pouvoir se lever.

C'est seulement cinq mois après le traumatisme, que le malade put s'embarquer et revenir en France. Il se présente à la consultation de la Pitié le 22 juillet 1889 et est admis à l'hôpital, au n° 47 de la salle Michon.

A son entrée dans le service on constate les phénomènes suivants:

Lorsque ce malade est debout, soutenu par ses deux béquilles, la cuisse droite se présente fléchie sur le bassin, et en adduction telle

que la face interne du genou vient appuyer sur la face antérieure de la cuisse gauche un peu au-dessus de la rotule; la jambe est fléchie sur la cuisse, le pied en équinisme prononcé touche le sol par la pointe des orteils, le bassin est incliné fortement à droite. Le membre est atrophié dans son ensemble.

La marche est impossible sans béquilles; le membre luxé ne peut fournir au malade un point d'appui solide. La mobilité de la tête luxée est en effet considérale; ce que l'on constate lorsque, le malade étant couché, on imprime des mouvements au membre blessé. L'attitude vicieuse peut alors être corrigée en partie. Mais le malade se plaint non seulement de son impotence mais aussi de la douleur qu'il éprouve soit dans la marche, la station debout prolongée ou même pendant la station assise. Il réclame énergiquement une intervention.

Signalons, pour mémoire, l'existence de cicatrices de brûlure qui recouvrent la hanche et la région droite de la paroi abdominale. Mentionnons enfin que le malade est paludique et que pendant son séjour à Panama, il a été à plusieurs reprises fort gravement atteint de fièvres intermittentes.

Dans ces conditions à cause des tentatives inutiles faites antérieurement et à cause de l'ancienneté de la lésion, il est décidé que si un essai modéré de réduction fait sous le chloroforme, reste sans résultat, il conviendra d'ouvrir largement l'articulation, de sectionner les brides, et de reconnaître si la réduction peut alors être obtenue; sinon on réséquera la tête du fémur, et on réduira dans la cavité cotyloïde l'extrémité du col fémoral.

Ce plan opératoire fut mis à exécution le 2 août 1889, avec l'assistance de MM. Nélaton et Peyrot. L'accident datait alors de plus de sept mois.

L'anesthésie chloroformique étant complète, il est impossible d'obtenir la réduction. Séance tenante, les précautions habituelles étant prises, on procède à l'ouverture large de l'articulation, une incision courbe de 15 à 18 centimètres est faite en arrière et au-dessus du grand trochanter. Les muscles fessiers sont divisés et l'on arrive facilement sur la tête fémorale à peine protégée par quelques brides fibreuses et reliée à l'os iliaque par des adhérences peu nombreuses et lâches, d'une longueur de 4 à 5 centimètres en moyenne. Ces brides sont sectionnées, la cuisse mise en adduction et flexion forcée, avec rotation en dedans pour écarter autant que possible la tête de la surface de l'os et permettre l'exploration de la cavité cotyloïde. Mais c'est en vain qu'on essaye de mobiliser la tête et de l'éloigner de la face antérieure de l'os iliaque; elle y est solidement maintenue par un plan fibreux, dur et résistant, tendu au devant de la tête et du col. Quelle que soit l'attitude donnée au membre, le doigt peut à peine s'engager entre la tête et cette barrière fibreuse qui paraît être la capsule articulaire. Force est de réséquer la tête, ce qui fut fait à l'aide de quelques coups d'ostéotome. On peut voir alors le plan fibreux sous-jacent qui présente un aspect lisse, verni et nacré. A petits coups de bistouri, on le désinsère de l'os iliaque; il présente une épaisseur qui n'est pas

moindre d'un centimètre. A travers le décollement ainsi produit, l'index peut s'engager et trouver la cavité cotyloïde à peine reconnaissable; ses bords sont émoussés et recouverts de tissu fibreux, sa cavité a complètement disparu et se trouve comblée par un tissu dense, résistant, solidement implanté sur ses parois. Le plan fibreux qui voile la cavité est alors largement incisé, et la cavité cotyloïde débarrassée des néo-formations fibreuses à l'aide du bistouri à résection et de forts ciseaux. La toilette de cette cavité est achevée à l'aide de rugines et de fortes curettes, sa forme normale se trouve ainsi restituée.

L'hémostase étant alors faite avec soin, le col fémoral est réduit dans la cavité cotyloïde, et la cuisse est maintenue solidement par un aide pendant que des sutures profondes et superficielles ferment la plaie opératoire où l'on a eu soin de placer un gros drain qui sort par l'extrémité inférieure de l'incision. Un très large pansement de gaz iodoformée et de coton hydrophyle est maintenu par un double spica de l'aine. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet, où son membre maintenu dans la rectitude est fixé avec un léger degré de rotation en dehors. On ne pratique aucune extension.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples; toutefois il est intéressant de noter que des phénomènes fébriles se manifestèrent le quatrième jour après l'opération. Le maximum de température fut une fois observé le matin; les autres jours, la température maxima eut lieu vers les trois heures de l'après-midi. L'état général se maintenait très bon, malgré une légère inappéteuce et des épistaxis qui se répétèrent trois ou quatre fois pendant les premiers jours.

Cette ascension thermique, qui atteignit une apres-midi 39°,2 alors que la température du matin était à 38°, nous engagea à renouveler le pansement le quatrième jour. Les pièces de pansement étaient imprégnées de sang rouge, nouvellement épanché, et le drain en laissait suinter quelques gouttes — d'ailleurs pas de douleur, pas de réaction locale. — Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 1gr,50 et tous ces phénomènes disparurent. Les fils furent enlevés le sixième jour, la réunion était parfaite.

Le 14 août, au troisième pansement, un point douloureux et rouge apparut dans la partie supérieure de la cicatrice. Le 16, une incision donna issue à quelques gouttes d'un pus visqueux. La cicatrisation de ce petit abcès s'obtint rapidement. Ce petit abcès s'est reformé deux fois depuis, la dernière fois il y a un mois (neuf mois après l'opération) et a donné issue à quelques gouttes d'un liquide transparent et épais, n'ayant aucun aspect purulent ; l'ouverture se referma d'elle-même le lendemain.

Le malade reste dans la gouttière de Bonnet, jusqu'au 16 septembre quarante-cinquième jour de l'opération. On fit alors le septième et dernier pansement. La région opératoire est absolument indolente, le membre, qui a conservé l'attitude où on l'avait placé peut être mobilisé sur l'os iliaque, sans qu'il se manifeste de réaction douloureuse. Le repos est gardé au lit jusqu'aux 6 octobre. A cette date le malade se lève et

marche à l'aide de béquilles, puis avec un bâton. Le 29 octobre, quatre-vingt-huit jours après l'opération, le malade part pour Vincennes.

Depuis, la guérison s'est maintenue, et bien que le malade ne possède pas encore un soulier approprié, il peut avec sa canne parcourir de longues distances. La cuisse, encore un peu amaigrie, est dans la rectitude parfaite. Une néarthrose s'est établie entre le col et la cavité cotyloïde, et des frottements bien nets, perçus au moment des mouvements de la cuisse sur le bassin, démontrent avec évidence le contact de deux surfaces osseuses. Cette néarthrose est solide, et le malade, appuyé sur son membre sain, peut exécuter des mouvements de flexion, d'adduction et de légère abduction. Le raccourcissement est de 4 centimètres. Le membre présente un certain degré d'atrophie.

Remarques. — Les observations de résection de la hanche pour luxations anciennes sont encore rares; M. Bloch (de Copenhague), dans un article paru tout récemment dans la *Revue d'orthopédie*, n'en relève que 8 cas. Le résultat aurait été favorable dans 6 de ces cas. Dans celui de Bloch une ankylose rectiligne permit au malade de recouvrer en partie l'usage de son membre.

En dehors du bon résultat que l'intervention a obtenu chez notre malade, il est plusieurs points sur lesquels il convient d'attirer l'attention, ce sont:

1° La rétraction de la partie antérieure de la capsule articulaire, qui formait entre la tête luxée et la cavité cotyloïde une lanière fibreuse de plus d'un centimètre d'épaisseur;

2° L'oblitération de la cavité cotyloïde absolument comblée par du tissu fibreux, fait déjà observé, et qui s'est présenté dans l'observation de Bloch (de Copenhague).

Ces deux causes d'irréductibilité ont été bien étudiés et mises en relief par Ch. Nélaton dans son mémoire publié dans les *Archives générales de médecine.*

3° La réduction du col fémoral dans la cavité cotyloïde, évidée et débarrassée de ses productions fibreuses, paraît être le but que doit se proposer l'opérateur.

Cette idée, qu'avait déjà soulevée Margary à propos du traitement des luxations congénitales de la hanche, vient d'être reprise par Bloch (de Copenhague); mais il ne semble pas qu'aucun chirurgien ait réussi jusqu'à ce jour à réduire le col fémoral dans la cavité cotyloïde.

En effet, Bloch, qui conseille cette réduction, ne paraît pas l'avoir cherchée, ou tout au moins obtenue; on lit en effet dans son observation :

« La cavité cotyloïde est complètement remplie de masses fibreuses dont on *enlève une petite* portion cunéiforme *pour former une ligne dépressive à surfaces fraîches.* Il n'est nulle part question

de réduction et de maintien du col dans cette cavité nouvelle, et l'attitude du membre est obtenue par l'extension continue à l'aide d'un poids de 4 kilogrammes.

Nous pensons donc que le cas que nous soumettons à la Société est un des premiers, sinon le premier, où le col fémoral ait pu être réduit et maintenu dans une cavité cotyloïde reconstituée.

Discussion.

M. Championnière. Tout en reconnaissant l'originalité du procédé de M. Ricard que vient d'exposer M. Nélaton, je suis d'avis qu'il ne s'agit, dans l'espèce, que d'une application particulière des principes qui doivent diriger dans la pratique des résections pour déformations articulaires en général. On ne peut déterminer à l'avance, lorsque l'on entreprend une opération de ce genre, la limite exacte de ce qui devra être sacrifié. On agit sagement en n'excisant que petit à petit, c'est-à-dire le nécessaire. Les muscles ne peuvent se régénérer et reprendre leurs fonctions qu'à la condition d'obtenir une mobilité suffisante. Les mouvements provoqués d'abord, puis spontanés, complètent et perfectionnent le résultat.

Les destructions étendues ont moins d'importance qu'on ne pourrait l'imaginer d'abord ; à la hanche elle-même, l'ascension consécutive du fémur ne se produit pas toujours, et la raideur de l'articulation nouvelle constitue un danger bien plus grand que la limitation des mouvements.

Les résultats sont bien supérieurs donc si on a porté les sacrifices jusqu'aux limites de l'indispensable. J'ai déjà professé ces opinions au sujet du traitemeut opératoire des pieds bots, en établissant qu'il fallait réséquer largement toutes les parties qui s'opposaient à une réduction parfaite.

En reconnaissant donc toute l'ingéniosité du plan opératoire qu'a suivi M. Ricard, je pense que la règle qui domine toutes les autres est d'exciser modérément d'abord; puis de retrancher s'il en est besoin plus largement : je veux dire jusqu'à ce que le résultat cherché soit obtenu. M. le rapporteur ne nous a point dit quel procédé d'extension avait employé M. Ricard. Je donne pour ma part la préférence à la méthode de M. Hennequin, dont le point d'appui s'applique directement au fémur en ménageant le genou.

M. Quénu. J'ai eu l'occasion de pratiquer il y a quatre ou cinq ans une résection de la tête fémorale pour une luxation traumatique. J'ai pu me convaincre que les plus grandes difficultés tiennent à l'épaississement et à la résistance des tissus fibreux périarticu-

laires, aussi ai-je dû successivement sacrilier la tête fémorale d'abord, puis le col du fémur lui-même.

Je ne suis de l'avis de M. Championnière que pour ce qui concerne les articulations de l'épaule, du coude et les pieds bots ; mais la mobilité de la pseudarthrose a une importance bien moindre pour la hanche. La marche en effet est possible, voire même facile, avec une ankylose coxo-fémorale, dans une situation convenable, au moyen des mouvements supplémentaires qui se passent dans le bassin et la colonne vertébcale. Le cas auquel j'ai fait allusion plus haut a été suivi d'un résultat satisfaisant dans les premiers temps qui ont suivi l'opération. J'ai perdu le malade de vue et ne puis savoir si l'ascension fémorale s'est exagérée depuis lors. Je n'en puis pas moins louer sans réserves un procédé opératoire qui s'oppose efficacement à cet inconvénient.

M. Terrier. M. Nélaton affirme que, le cas échéant, il ne se ferait aucun scrupule de sacrifier la tête fémorale. Je suis d'avis au contraire qu'il serait préférable d'obtenir la réduction, si la chose était possible. Il n'est point absolument exact en effet que l'ankylose soit la conséquence obligée d'une réduction obtenue par la méthode sanglante. Il va de soi que dans les luxations invétérées la résection est seule possible.

M. Nélaton. L'expérience me fait défaut pour ce qui concernc les luxations récentes; si dans une luxation ancienne on se trouve dans l'obligation de creuser un nouveau cotyle, l'ankylose est inévitable.

Je connais des cas de réduction d'anciennes luxations de l'épaule et du coude ; mais les résultats en ont été tellement déplorables que je n'hésite point à donner la préférence à la résection. J'ai peut-être trop généralisé en appliquant à la hanche ce que l'expérience m'avait appris au sujet d'autres articulations. Le résultat obtenu par M. Ricard me semble excellent; aussi n'ai-je fait aucune difficulté pour l'adopter et le défendre. Je répondrai à M. Championnière que, pour le cas spécial qui nous occupe, la raideur cst de beaucoup préférable à une mobilité excessive, et que c'est cette fixité relative des surfaces en contact qu'il faut chercher à obtenir. M. Ricard du reste n'a point voulu effectuer une réduction qui était impossible ; mais il a tenté de corriger les résultats habituels de la résection, qui, dans cette région, laissent beaucoup à désirer, en raison de l'ascension progressive du fémur qui la suit presque toujours. Je ne puis que féliciter M. Ricard de s'être rendu un compte exact de la disposition des obstacles qu'il avait à vaincre. Cette manière de procéder me semble bien préférable

aux données empiriques dont M. Championnière se fait le défenseur.

M. Routier. Je me propose de présenter à la Société, dans une des prochaines séances, un malade auquel j'ai dû pratiquer une double résection de la hanche pour ankylose.

M. Championnière. Mon intention ne peut être de critiquer le fait d'étudier avec précision la disposition des parties sur lesquelles on doit agir ; j'ai simplement prétendu que, l'opération commencée, on est obligé souvent par les circonstances de modifier le plan qu'on s'était tracé d'abord, en allant aussi loin que cela devient nécessaire.

Velpeau prétendait qu'avec un raccourcissement variant de 1 à 7 centimètres la claudication n'est pas excessive ; ceci tout simplement pour montrer qu'il ne faut pas trop s'inquiéter du raccourcissement, pourvu qu'il oscille dans de certaines limites.

L'anatomie ne peut suffire à déterminer la quantité des sacrifices indispensables ; aussi suis-je partisan de la résection franche et non de ces procédés qui semblent comporter une précision qui n'est point dans la nature même des faits.

Présentation de malade.

Résection du maxillaire supérieur pour un ostéosarcome de cet os, avec absence complète de déformation de la face,

Par M. Paul Berger.

Il s'agit d'une malade sur laquelle j'ai pratiqué la résection totale du maxillaire supérieur, en y comprenant la branche montante de cet os, et en ménageant seulement le plancher de l'orbite que j'ai séparé du reste de l'os par une section faite au ciseau. Il s'agissait d'un ostéosarcome du bord alvéolaire ayant envahi la plus grande partie de la face externe ; depuis plus de huit mois que l'opération a été faite, la guérison s'est maintenue et il n'y a pas trace de récidive.

On peut constater, et c'est là le point sur lequel je désire appeler votre attention, qu'il n'y a aucune déformation apparente de la face, même lorsque l'on retire l'appareil prothétique, admirablement construit et appliqué par M. Préterre.

Cet appareil très simple et très solide comble la perte de substance de la voûte palatine, et restitue la moitié correspondante de

l'arcade alvéolaire. Sauf les cicatrices, peu visibles, de l'incision faciale, il serait impossible de se douter du délabrement qu'a subi le squelette de la face. Lorsqu'on retire l'appareil on n'observe aucun affaissement de la joue ; l'œil n'est nullement dévié ; le nez ne présente aucune modification de sa forme.

J'ai obtenu ce résultat dans un certain nombre de résections du maxillaire supérieur (j'en ai pratiqué plus de dix), en conservant, quand cela se peut, une mince lamelle osseuse représentant le plancher de l'orbite, et en sectionnant très obliquement au ciseau l'os malaire, ce qui permet de conserver le relief de la pommette de la joue.

Dans ces dernières années on a préconisé, à Lyon, l'application d'appareils prothétiques provisoires, adaptés à la perte de substance des maxillaires aussitôt après l'opération, en vue d'empêcher les déformations de la face tenant à la rétraction cicatricielle. Un constructeur, qui a fait preuve d'une ingéniosité et d'un talent véritables, M. Claude Martin, a multiplié les essais dans ce sens, et il a publié les résultats auxquels il est arrivé, dans une brochure intitulée : *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.*

Sans nier les services que peuvent rendre en certains cas ces appareils, il faut reconnaître que ces pièces prothétiques, appliquées dans une plaie récente et très complexe, rendent l'entretien antiseptique de cette plaie difficile; qu'ils y jouent le rôle de corps étrangers; qu'ils rendent malaisés la détersion et l'écoulement des liquides. Aussi, pour remédier à ces inconvénients, M. Martin a-t-il multiplié les dispositifs et construit des appareils compliqués et nécessairement coûteux.

Le cas présent fait voir que la prothèse immédiate n'est pas nécessaire pour conserver la forme; qu'il suffit de diriger convenablement les sections osseuses, et de pratiquer, comme je l'ai fait, le tamponnement antiseptique de la perte de substance avec de la gaze au salol fortement tassée. Il m'a semblé qu'il n'était pas sans importance de montrer quels résultats peut donner le traitement post-opératoire le plus simple, car on ne saurait trop s'attacher, à la suite d'opérations déjà complexes par elles-mêmes, à éviter ce qui peut être la cause d'un surcroît de complication.

Discussion.

M. Routier. J'ai eu l'occasion d'extirper il y a quelque temps la totalité du maxillaire supérieur, y compris l'arcade orbitaire. Je n'ai usé d'aucun appareil prothétique pendant la guérison, et

pourtant la déformation causée par l'opération fut si peu considérable que j'en fus étonné moi-même.

M. Schwartz. J'ai obtenu les mêmes résultats, en n'employant pendant le traitement d'autre moyen que le tamponnement de la cavité traumatique.

Lecture.

M. Michaud lit un travail sur un cas de *suture osseuse à la suite d'une fracture de l'olécrâne* (M. Championnière, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Broca présente un malade auquel il a pratiqué la *laparotomie pour un coup de couteau dans la région ombilicale.*

Nonobstant ses prévisions, il ne rencontra aucune lésion viscérale. Le malade a guéri très simplement de cette intervention.

Communication.

M. Routier, à propos de ce fait, communique l'observation suivante :

Plaie pénétrante de l'abdomen. Coup de couteau. Hémorrhagie. Laparatomie. Guérison.

Le 14 novembre 1890, j'étais appelé dans le service de M. Berger à Lariboisière pour voir un malade qu'on venait d'apporter.

Après avoir tué sa femme à coups de couteau, il s'était donné un coup dans le ventre, tenant son couteau de la main droite.

La plaie, de 2 centimètres au plus, siégeait à trois travers de doigt au-dessus et à gauche de l'ombilic. Un bouchon épiploïque faisait hernie. Quand on touchait à ce bouchon, il venait un flot de sang.

Séance tenante, cinq heures après l'accident environ, je fis la laparotomie, au niveau de sa blessure, et ne tardai pas à constater que si la plaie cutanée n'avait que 2 centimètres, le muscle droit était au contraire infiltré de sang dans une grande profondeur, où le doigt constatait une grande cavité, avec vaste plaie péritonéale. Durant toutes ces manœuvres d'exploration, le sang coulait abondamment.

Je débridai la peau dans une étendue de 15 centimètres, cor-

respondant environ à la plaie péritonéale, et retirai de l'abdomen un caillot de sang de la grosseur du poing ; j'examinai soigneusement l'épiploon et l'intestin et ne pus découvrir la blessure; mais sur la lèvre gauche de la plaie, deux artères musculaires donnaient du sang en abondance. Je fis deux ligatures au catgut, et après une toilette soignée du péritoine qui me permit d'enlever avec les éponges au moins un demi-litre de liquide, je refermai le ventre par une suture simple au crin de Florence. Le malade est guéri.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 26 novembre 1890.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. VILLENEUVE (de Marseille), membre correspondant, intitulé : *Plaie du rein par coup de couteau; néphrectomie;*

3° Un mémoire de M. FÉLIZET, chirurgien des hôpitaux, intitulé : *La cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants;*

4 Un mémoire de M. RAYMONENQ (de Hyères) sur la *luxation du nerf cubital;*

5° Un mémoire d'E. Lewis A'STIMSON, intitulé : *Contribution to the study of appendicitis.*

Communication.

Sur l'arthrectomie et la résoction du genou,

Par M. RICHELOT.

M. Lucas-Championnière nous a entretenus récemment du manuel opératoire et des suites de la résection du genou, en s'ap-

puyant sur une série de quarante-trois observations personnelles [1]. La lecture de son travail nous a montré une fois de plus les résultats qu'on peut obtenir en pratiquant cette opération avec habileté, suivant des règles précises, et en même temps le parfait accord qui règne entre nous sur la manière de procéder; car, sauf de très minimes différences dans les détails du pansement, chacun de nous, en l'entendant parler, reconnaissait sa propre méthode et aurait tout contresigné. Si donc notre collègue a contribué pour sa part à introduire ces préceptes et à démontrer leur valeur, il peut s'applaudir de n'avoir pas prêché dans le désert ; tous ceux d'entre nous qui ont étudié la question depuis quelques années sont unanimes pour admettre que la résection du genou est excellente, qu'elle ne comporte aucune mortalité quand on l'entreprend dans des conditions acceptables, et que le succès, dépendant de l'exactitude et des soins minutieux qu'on y apporte, n'est plus très difficile à obtenir.

Je note les bons conseils que donne M. Lucas-Championnière sur la poursuite attentive, persévérante, et la destruction complète des fongosités. Toute opération partielle, qui laisse à la tuberculose locale le soin d'achever elle-même sa guérison, à travers des suppurations et des récidives, est mauvaise et doit être condamnée.

Je note aussi que cette opinion très légitime sur la nécessité d'une intervention radicale l'a empêché de songer même à autre chose qu'à la résection totale de l'articulation, parties osseuses et parties molles. Sa pratique, à cet égard, ne comporte aucune réserve, et son sentiment nous est bien connu.

C'est cependant l'*arthrectomie*, opération de même ordre, mais dans laquelle on épargne les os, que je voudrais mettre aujourd'hui en parallèle avec la résection. Non que la première doive entrer en lutte avec la seconde et chercher à la remplacer, loin de là ; les conditions dans lesquelles l'arthrectomie est bonne sont très nettement limitées. Mais elle est bonne dans ces conditions, et peut être, selon moi, préférée pour certaines tumeurs blanches du genou.

C'est une question qui n'a pas encore pris racine en France. Elle a fait l'objet d'une discussion parmi nous en mars 1888, et mon premier soin sera d'analyser cet échange de vues quelque peu embryonnaire. C'est un travail que j'ai fait plus d'une fois pour mon édification personnelle ; je ne trouve rien d'intéressant comme de relire, après deux ans, les discussions de la Société de chirurgie, et d'y retrouver le germe des idées qui deviennent si promptement des vérités reconnues.

[1] *Soc. de chir.*, 30 juillet 1890.

M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, nous avait donné quatre observations d'arthrectomie du genou ; mais ces quelques faits n'avaient rien de probant, comme le fait ressortir le rapport de M. Chauvel. Deux malades n'étaient pas guéris : chez l'un, ulcération de la cicatrice et fistule persistante ; chez l'autre, nouvelles poussées fongueuses, abcès voisins, désordres considérables. De deux choses l'une, ou les os étaient malades, ou les parties molles n'avaient pas subi un traitement complet. Deux autres fois, la guérison paraissait acquise, bien que toute récente; mais dans le premier cas il s'agissait d'une lésion circonscrite de la synoviale avec foyer caséeux d'un condyle : l'os est évidé, la rotule saine est enlevée pour faciliter la manœuvre, — ce qui est une faute, — il survient un bourgeon fongueux, un abcès et des ulcérations qui se ferment lentement. Dans le second, il y avait eu arthrite subaiguë et ankylose préalable ; on fait l'ablation de la rotule malade et une résection partielle de la synoviale au-dessous du triceps. En aucune façon, ces deux faits ne représentent l'arthrectomie du genou dans le vrai sens du mot, avec ses indications propres et son manuel opératoire.

Après avoir écouté M. Chauvel, plusieurs membres de la Société furent d'avis qu'en présence de lésions tuberculeuses limitées à la synoviale l'arthrectomie était rationnelle, et qu'il ne fallait pas la condamner sans l'avoir mise plus complètement à l'épreuve. MM. Tillaux et Kirmisson parlèrent en sa faveur ; M. Lucas-Championnière l'attaqua vivement, disant que la lésion des os est à peu près constante, qu'il est impossible d'enlever la synoviale dans ses moindres replis sans toucher au squelette, que le résultat fonctionnel de la résection est meilleur et que « c'est un véritable bienfait d'avoir le membre opéré plus court que l'autre ».

Pour en appeler de ce jugement qui me paraît un peu sévère, cherchons à bien définir l'*arthrectomie*. Et d'abord, elle n'a rien à voir avec les interventions portant sur un seul point, fongus partiel de la synoviale ou foyer circonscrit du squelette, abrasions ou évidements qu'on pratique à la faveur d'une *arthrotomie*, mais qui respectent, comme la lésion elle-même, la majeure partie de la cavité articulaire. Ces opérations, faites à propos, n'encourent pas le reproche d'être incomplètes, mais elles sont limitées ; elles enlèvent tout le mal, mais non toute la jointure. Elles sont pratiquées, à l'occasion, par les partisans les plus zélés de la résection totale; mais leurs indications sont tout autres que celles de la résection ou de l'arthrectomie.

Ces dernières s'appliquent aux lésions tuberculeuses qui intéressent l'ensemble de la jointure. Je suppose qu'on a renoncé à la guérison spontanée par ankylose, que l'arthrite fongueuse est en voie

d'évolution et qu'il faut agir : quelle opération va être choisie? Voilà sur quel terrain nous sommes.

L'arthrectomie est la destruction intégrale de toutes les parties molles de l'articulation, ligaments et synoviale, à l'exclusion des os. Pour qu'elle soit valable, il faut deux conditions : 1° l'absence de lésion osseuse ; 2° la suppression totale des fongosités.

Le premier point ne laisse pas que d'être embarrassant. « J'ai fait quatre fois la résection du genou, dit M. Kirmisson, et quatre fois les os étaient sains. — Voilà qui m'étonne infiniment, répond M. Championnière; sur vingt et un cas, vingt fois la tuberculose osseuse était certaine. » Et l'opinion de Volkmann, et les recherches de Lannelongue ! Je me range néanmoins, je l'avoue, parmi ceux qui pensent que l'intégrité du squelette se rencontre assez souvent *chez l'adulte*. Dans quelle proportion, je l'ignore. Tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que j'ai vu depuis trois ans 12 malades à qui j'aurais pu faire la résection du genou, si j'avais eu une opinion exclusive et une pratique uniforme. Si j'élimine un cas de résection pour ankylose et un cas d'arthrectomie pour laxité articulaire, il reste 10 malades qui avaient des tumeurs blanches. Or, un jeune homme de 20 ans, après une arthrotomie exploratrice, a guéri tout seul par ankylose, plus facilement et plus vite qu'après une opération radicale ; apparemment, ses os n'étaient pas bien malades. Sur les 9 autres, j'ai fait cinq fois l'arthrectomie, quatre fois seulement la résection ; et encore, chez l'un de ces derniers, j'ai pleuré les os que je venais d'enlever, tant ils étaient solides et vierges d'altérations.

Mais, au moment de se décider, comment savoir l'état du squelette? On ne peut que le soupçonner d'après l'aspect et l'évolution du mal ; mais un diagnostic absolu n'est pas nécessaire, car on sacrifie ou on épargne les os quand on les a découverts et complètement examinés. L'année dernière, chez une femme de 36 ans, j'ai cru l'arthrectomie possible et je l'ai commencée; mais j'ai bien vite reconnu que le fémur était profondément altéré, et j'ai fait, au contraire, une très large résection.

Sur le second point, la suppression totale des fongosités, j'insisterai particulièrement. Il faut absolument condamner une manière de faire qui a été, je n'en doute pas, la cause de nombreux insuccès. Il ne s'agit pas, en effet, d'inciser la peau, d'enlever quelques tissus fibreux, de repousser la rotule, de glisser une curette et de gratter pendant quelques minutes. Si l'arthrectomie est un simple curage, un diminutif de la résection, elle est mauvaise ; si on l'entreprend avec cette idée qu'elle est plus vite finie et plus simple, on fait fausse route. Elle est aussi longue, aussi fastidieuse que la résection elle-même ; elle dure une heure et

demie, et demande une patience extrême pour tout mettre à nu, tout voir et tout détruire. Afin de ne laisser aucune obscurité, je vais décrire en quelques mots les temps successifs de l'opération, telle que j'ai l'habitude de l'exécuter.

1° *Section de la rotule.* — L'incision de la peau est horizontale et poussée très loin sur les côtés. La rotule est sciée transversalement, ses deux fragments dégagés et rabattus. Ils seront enlevés tout à l'heure si on fait la résection ; mais, en cas d'arthrectomie, la conservation de la rotule et sa reconstitution par la suture est, comme nous le verrons, d'une grande importance.

2° *Dislocation.* — Coupez d'avant en arrière, et dans toute leur étendue, les ligaments latéraux et les ligaments croisés, de manière à disloquer l'articulation. Je puis affirmer qu'alors il n'y a pas un seul point de la synoviale, pas un repli, pas une vacuole contenant des fongosités qui puisse échapper aux regards. On a une jambe de polichinelle qui ne tient plus que par un lambeau postérieur, qu'on tourne et qu'on fléchit comme on veut. C'est le moment d'examiner les os, d'y enfoncer le bistouri, d'apprécier leur solidité, et de prendre un parti pour continuer dans tel ou tel sens.

3° *Arthrectomie.* — Avant de chercher avec soin les traînées fongueuses, pensez d'abord à détruire tous les tissus articulaires ; disséquez anatomiquement le cul-de-sac supérieur et tous les points de réflexion de la synoviale; enlevez intégralement les ligaments croisés et latéraux, la graisse et les feuillets aponévrotiques autour de la rotule. Le bistouri et la curette entraînent du même coup la plus grande masse des tissus morbides.

Les ménisques sont, bien entendu, sacrifiés. L'éradication des ligaments croisés est assez laborieuse. Le ligament postérieur est fouillé, abrasé, mais traité avec prudence. Enfin, l'extrémité osseuse est dépouillée de son cartilage et mise à vif, si ce dernier est érodé par places et facile à décoller.

4° *Poursuite des fongosités.* — Il faut songer à toutes les parties molles, au creux poplité, à la face profonde des téguments, pour n'être pas surpris par des récidives extra-articulaires, sous la peau, sur le trajet des drains. Ce complément opératoire ne diffère en rien de ce qu'il est dans la résection, et n'est pas plus difficile que si les os n'y étaient pas; il demande les mêmes curettes et la même persévérance.

5° *Reconstitution de la jointure.* — Le résultat final de ce long travail est une véritable « préparation » des extrémités articulaires. Nous allons maintenant les remettre en place; mais, d'abord, il est

essentiel de désinfecter minutieusement le champ opératoire, plus ou moins souillé par les tissus morbides, avec la solution phéniquée forte ou la liqueur de van Swieten.

Cela fait, je procède à la suture de la rotule en passant trois gros fils de catgut à travers le ligament rotulien et le tendon du triceps, de façon à rapprocher les deux fragments; puis de nombreux fils dans le périoste et les tissus prérotuliens, pour consolider la suture; puis quelques-uns à droite et à gauche, entre les parties fibreuses qui peuvent s'affronter. J'ai ainsi une réunion parfaite. La soudure de la rotule réussit toujours.

Au moment où on rapproche les fragments rotuliens — remarque importante — les extrémités articulaires s'emboîtent naturellement; la rotule bride l'articulation, fait attelle, et le membre a désormais, sans aucun moyen artificiel, une attitude régulière. On peut le soulever par le talon, pour le laver ou changer les compresses, sans qu'il y ait tendance au déplacement.

La fin se résume en peu de mots : suture des téguments, drainage latéral, iodoforme, ouate hydrophile, couche épaisse d'ouate ordinaire et compression par des bandes de gaze. Le membre est mis simplement dans une gouttière métallique, sans aucune recherche d'immobilité absolue. Le premier pansement reste aussi longtemps que possible; mais s'il est, par hasard, utile de le changer plus tôt, on soulève le membre et on le découvre sans scrupule; tout s'enlève et se remplace avec facilité, c'est comme le pansement d'une simple arthrotomie. L'ankylose est faite après un mois; mais il en faut deux pour que le malade commence à marcher en se portant sur la jambe.

Ainsi donc, une arthrectomie et une résection du genou ont entre elles de grandes ressemblances et doivent se faire, en somme, d'après les mêmes principes. Elles se valent comme longueur, comme difficulté opératoire, comme résultat thérapeutique. Pourquoi donc préférer l'arthrectomie et s'ingénier à choisir les cas où elle est permise? Il est à cela deux raisons, dont la valeur me paraît incontestable : 1° la facilité relative des soins consécutifs; 2° la plus grande perfection du résultat fonctionnel.

Voyez la résection, à partir du moment où les fongosités sont détruites. Il faut réunir les os, qui glissent et s'abandonnent; il y a plusieurs procédés : fils d'argent, catgut, chevilles. C'est que la formation d'un cal osseux, qui est de nécessité absolue, est ici un problème à résoudre. On immobilise le membre avec un appareil plâtré dans lequel est glissée une attelle postérieure ; on l'installe entre des coussins de sable. Au premier pansement, l'appareil est laissé en place et fendu seulement au niveau de la région opérée. On guette la rotation ou le déplacement suivant l'épaisseur. Du

deuxième au quatrième mois, appareil silicaté; pour finir, appareil protecteur en cuir bouilli.

Voilà un traitement fort délicat. Or, il y a eu des consolidations retardées, des pseudarthroses, des membres inutiles; tous les chirurgiens n'ont pas eu des succès constants et merveilleux du commencement à la fin de leur pratique; et, s'il est vrai qu'aujourd'hui un réséqueur habile est à peu près sûr d'obtenir un bon résultat, il n'en faut pas moins, pour atteindre le but, un véritable labeur et des soins minutieux.

Comparez maintenant l'arthrectomie. Du moment que la rotule est suturée, tout embarras et tout souci disparaissent. Comme on n'attend pas la formation d'un cal, le plâtre et l'immobilité parfaite n'ont pas de raison d'être. Les os tiennent bien ensemble, aucune déformation n'est à craindre, le membre est maniable et l'ankylose vient naturellement. J'enlève le pansement quand la cicatrice est faite, et la gouttière quand la raideur est suffisante; je laisse alors le membre en liberté, sans aucun appareil protecteur.

Et maintenant, comment marchent les opérés? Il est naturel de compter sur un meilleur résultat fonctionnel après une opération qui laisse au membre toute sa longueur; et je n'hésite pas, d'après mon expérience, à dire qu'on l'obtient. Cependant, M. Lucas-Championnière déclare que «porter le raccourcissement au passif de la résection est une erreur profonde». Tout le monde sait que, dans l'extension absolue, la jambe est trop longue et on marche en fauchant; voilà le fait exprimé avec mesure. Aussi notre collègue a-t-il raison de ne pas corriger entièrement, par le soulier orthopédique, la différence de hauteur. Mais de là à considérer le raccourcissement comme « un véritable bienfait », il y a loin; car, de deux choses l'une, ou les opérés ont l'ennui de l'appareil, ou, s'ils s'en débarrassent, ils marchent en boitant. Or, ils ne boitent ni ne fauchent après l'arthrectomie, et cela pour une raison qui me reste à signaler. Pendant que le membre est posé dans la gouttière métallique, il se fait insensiblement un très léger degré de flexion, et, quand la raideur est parfaite, le membre a justement l'attitude et la longueur voulues pour une marche régulière. C'est ce que j'ai vu se produire chez tous mes opérés, sans y avoir pensé d'abord. C'est, d'ailleurs, ce qui arrive aux tumeurs blanches qui guérissent d'elles-mêmes par ankylose, quand on a eu la prudence de laisser au membre une liberté relative : ainsi est-il advenu chez le jeune homme dont j'ai parlé plus haut, guéri spontanément après une arthrotomie exploratrice, et qui marche dans la perfection ; ainsi chez une jeune fille de ma clientèle, que j'ai traitée sans opération quand elle avait 12 ans, qui s'est placée d'elle-même dans une excellente position, qui a maintenant 18 ans et qui marche

droit, court, saute et valse avec une telle aisance qu'il est impossible de rien soupçonner. Aussi l'absence d'immobilité rigoureuse après l'arthrectomie, que j'ai donnée tout à l'heure comme une facilité de plus, est-elle en même temps une nécessité, une condition essentielle du traitement post-opératoire. Il faut savoir en profiter, et favoriser au besoin la bonne position du genou pendant que se fait l'ankylose.

J'ai recueilli depuis trois ans à l'hôpital Tenon six observations d'arthrectomie ; la dernière a été faite par mon interne Morestin. Les voici dans l'ordre chronologique ; l'opération sera indiquée sommairement dans chacune d'elles, car la description générale que j'ai donnée me dispense d'entrer dans de plus longs détails.

Observation I. — Adèle H... est une jeune fille de 21 ans, de constitution assez délicate, ayant des rhumes fréquents et tenaces, et souffrant du genou gauche depuis dix-huit mois. La marche étant devenue très pénible, elle entre à l'hôpital le 22 juillet 1887 ; on croit à une hydarthrose chronique, on fait des badigeonnages iodés et de la compression ; puis on lui met un appareil silicaté qui reste pendant sept semaines. Elle était enceinte et accouche le 25 octobre.

A la fin de novembre, un nouvel appareil est placé jusqu'au 5 février 1888 ; c'est alors seulement que je la vois, et qu'ayant mis le membre en liberté, je trouve une augmentation de volume du genou, un épaississement uniforme des culs-de-sac de la synoviale ; j'hésite à me prononcer entre une hydarthrose chronique simple et une arthrite tuberculeuse.

L'état général est bon, les sommets paraissent indemnes. Une ponction suivie d'injection phéniquée — traitement de Schede — me montre qu'il n'y a pas de liquide articulaire ; la solution injectée sort limpide. Mais, après ce traitement d'épreuve, suivi de compression ouatée, la tuméfaction et la douleur augmentent, l'orifice de la ponction donne issue à de la sérosité purulente, et une intervention plus radicale devient nécessaire. Je me dispose donc à ouvrir l'articulation, pensant bien qu'après avoir constaté la présence des fongosités je serai mis en demeure de faire la résection ou l'arthrectomie. Je suis décidé à mettre celle-ci à l'épreuve, si l'état des os me le permet.

Opération le 29 mars 1888. — Une incision exploratrice verticale sur le côté externe de la jointure me donne accès au milieu d'abondantes fongosités ; la nécessité de les attaquer hardiment ne fait plus aucun doute. J'incise transversalement, je scie la rotule, et je pratique dans l'ordre indiqué plus haut la dislocation articulaire, la destruction des parties fibreuses et de la graisse, la recherche attentive et le raclage des traînées fongueuses, partout infiltrées. Cul-de-sac tricipital, ligaments croisés, cartilages semi-lunaires, tout est disséqué, sacrifié. La curette est plongée dans le creux poplité, et promenée sur les extrémités articulaires ; le cartilage diarthrodial, ulcéré en plusieurs endroits, est respecté seulement dans les points où il adhère solide-

ment à l'os. A part ces lésions du revêtement cartilagineux, l'épiphyse me paraît saine.

Je lave toutes les surfaces avec la solution phéniquée forte, je passe le thermocautère sur les os, puis je procède à la suture de la rotule et à la reconstitution de la jointure. Drainage, iodoforme, pansement compressif et simple gouttière.

Sauf quelques douleurs pendant les deux premiers jours, les suites sont des plus simples et la température atteint une seule fois 38°. Le premier pansement est fait le 5 avril, au bout de huit jours; il n'y a pas trace de pus. Les drains sont enlevés le 12 avril. A partir du 24, électrisation du triceps aminci. Il reste quelques mouvements dans la jointure jusqu'au milieu du mois de mai; à cette époque, l'ankylose est parfaite. Surviennent alors deux nouvelles poussées fongueuses qui prolongent le traitement au delà du terme prévu. La première eu juin : douleurs et empâtement au niveau du condyle interne du fémur, incision et curage du foyer le 31 juillet, lavage au chlorure de zinc et drainage; tout est cicatrisé le 8 août. La seconde, huit jours plus tard : nouveau foyer sur le côté externe du ligament rotulien; curé le 23 août et traité de la même façon, il est parfaitement guéri à la fin du mois. Comme ces fongosités étaient sous la peau, je n'ai pas eu d'os à évider; il ne s'agit pas là de lésions osseuses méconnues. J'attribue ces deux récidives locales à ce que, faisant l'arthrectomie pour la première fois, j'ai opéré avec quelques tâtonnements et nettoyé les recoins et diverticules avec moins de perfection que je ne saurai le faire par la suite.

Toujours est-il que la cicatrisation est finie, l'ankylose est solide depuis longtemps, et le membre s'est placé lui-même dans une très légère flexion, favorable à la marche. La malade nous quitte en bon état, et je la perds de vue; mais j'ai de ses nouvelles, au bout de quelques mois, et j'apprends qu'elle est bien guérie. L'année suivante, elle revient nous voir, engraissée, bien portante et marchant dans la perfection. Elle ne boite ni ne fauche, elle ne se fatigue pas, elle saute et danse librement, sans qu'on la soupçonne d'avoir le genou raide. Nous sommes en novembre 1890, et depuis deux ans et demi la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. II. — Louise D..., 26 ans, présente tous les symptômes d'une tumeur blanche du genou droit. Articulation gonflée, douloureuse depuis six mois; consistance molle et pâteuse, indiquant la présence de fongosités; triceps atrophié; malade pâle, amaigrie, sans forces, mais n'offrant pas les signes de la tuberculose pulmonaire. L'évolution du mal a été rapide; entrée le 21 septembre 1889, je l'opère le 5 novembre.

Les fongosités sont très abondantes et l'articulation contient du liquide séro-purulent. Après avoir constaté que les épiphyses sont solides et n'offrent aucun point suspect, à part les érosions cartilagineuses, je détruis patiemment toutes les parties molles de la jointure, si bien qu'au bout d'une heure j'ai fait, pour ainsi dire, une préparation du

squelette du genou, et qu'il me reste à peine autour de la rotule quelques lambeaux fibreux à réunir pour consolider la suture de cet os.

Le membre étant placé dans une gouttière, je le découvre dès le 8 novembre pour enlever les drains, et le 19 pour couper les fils. Le 20, dans la nuit, la malade est prise de douleurs abdominales et expulse un fœtus de 4 mois et demi ; tout le monde ignorait sa grossesse. Il ne survient, d'ailleurs, aucun accident ; quelques gouttes de pus apparaissent à l'orifice des drains, mais la température reste bonne. La malade est faible, émaciée, de telle sorte que, malgré l'ankylose achevée en décembre et la guérison acquise, elle nous demande encore beaucoup de soins. La convalescence est longue, les forces reviennent peu à peu, mais enfin elles reviennent, et Louise D... nous quitte en mars 1890, commençant à marcher seule.

Revue le 12 mai suivant, elle est entièrement transfigurée. Elle marche solidement et ne se plaint que d'une légère fatigue dans la jambe et d'un peu d'enflure autour des malléoles vers la fin de la journée. Le genou est parfaitement ankylosé dans une attitude qui rend la marche facile et régulière. La bonne mine et l'embonpoint sont revenus.

Obs. III. — Lucie M..., 33 ans, a eu vers l'âge de 10 ans une coxalgie du côté gauche, dont elle a fini par guérir avec ankylose de la hanche dans l'adduction. Elle se porte bien et marche en boitant. Depuis un an, elle souffre du genou gauche ; il n'y a ni gonflement ni douleur à la pression, mais une grande laxité articulaire ; et chaque fois que le poids du corps se porte sur la jambe gauche, le genou fléchit latéralement et devient cagneux ; la claudication est extrême, en peu d'instants la douleur et la fatigue surviennent. Ce relâchement des liens fibreux et cette mobilité latérale sont évidemment le résultat de l'attitude vicieuse du fémur. J'estime qu'au lieu de donner à la malade les ennuis d'un appareil à tuteurs pour corriger tant bien que mal son infirmité, il vaut mieux chercher à la guérir par une opération, et je pense à produire l'ankylose du genou par une arthrectomie, pour l'empêcher de fléchir et de souffrir sous le poids du corps.

L'opération, pratiquée le 7 novembre 1889, diffère profondément de ce qu'elle est dans les tumeurs blanches. Je fais la dislocation, l'ablation des ménisques, la résection des ligaments, afin de détruire la synoviale dans toute son étendue ; mais je ne m'acharne pas à disséquer minutieusement tous les tissus fibreux, et, n'ayant pas de fongosités à poursuivre, je fais une opération moins pénible et moins longue.

Les suites sont des plus simples, et un seul fait mérite d'être noté : au bout d'un mois, je trouve que le fémur, grâce à la demi-liberté que lui laisse le pansement, s'est mis en légère adduction dans la gouttière métallique, de sorte que le genou en voie d'ankylose, au lieu d'affecter comme les autres un très minime degré de flexion, se porte en dedans et devient cagneux. Il est déjà tard pour chercher à le re-

dresser; et d'ailleurs, après un moment d'hésitation, je comprends à la fois que cette inflexion latérale, modérément prononcée, est le résultat de l'attitude de la hanche, et qu'il n'y a pas lieu de s'en émouvoir. En effet, la malade ayant quitté l'hôpital le 20 janvier 1890, avec une ankylose achevée depuis la fin de décembre et une démarche encore mal assurée, je la revois bientôt solide et ne souffrant plus. Le genou est un peu en dedans, et la malade boite légèrement, beaucoup moins qu'avant l'opération; elle boiterait davantage si le genou était parfaitement droit et la jambe dans l'axe vicieux de la cuisse. Revue en juin, puis en novembre 1890, elle marche facilement et sans aucune fatigue.

J'ai cité ce cas, où l'arthrectomie répond à une indication toute spéciale, pour montrer en passant combien il est aisé de détruire, de reconstituer et d'enraidir définitivement l'articulation du genou. Mais le fait n'a aucun rapport avec le traitement des tumeurs blanches et les indications de l'arthrectomie comparée à la résection.

Obs. IV. — Pierre D..., 47 ans, souffre du genou gauche depuis le mois de mars 1888, et attribue son mal à une chute. Il séjourna une première fois à l'hôpital Tenon du 4 juillet au 28 août de la même année; on le mit dans une gouttière et on lui fit des pointes de feu. Depuis cette époque, il a marché avec un bâton, n'a jamais guéri et n'a pu reprendre son travail de journalier.

Il entre dans mon service le 15 avril 1890, souffrant horriblement depuis une douzaine de jours. Le genou est rouge, tuméfié, énorme, la douleur à la pression est excessive; les culs-de-sac de la synoviale sont bourrés de fongosités; l'intervention me paraît urgente, seulement j'hésite et me demande si l'amputation n'est pas la seule ressource.

Le 2 mai, je me décide à commencer une arthrectomie, qui peut se transformer en résection. Chemin faisant, les os me semblent en bon état, et je prends le parti de les conserver; mais les cartilages diarthrodiaux, largement ulcérés, sont détruits par la curette. Je poursuis laborieusement les fongosités, et la jointure est reconstituée après un travail d'une heure et demie. Drainage latéral, pansement à l'iodoforme et gouttière métallique.

Les drains sont enlevés le 5 mai, les fils le 18, la réunion primitive est parfaite. Le membre est mis en liberté le 2 juin; le 9 le malade se lève et reste assis dans un fauteuil. Le 4 juillet, il commence à s'appuyer sur la jambe gauche; exeat le 15.

Il y a sept mois aujourd'hui qu'il est opéré; je l'ai revu le 21 novembre, et j'ai constaté la guérison parfaite : ankylose solide, flexion à peine marquée, mais suffisante pour que la jambe ne soit pas trop longue. Il est moins habile qu'Adèle H..., et on voit qu'il a le genou raide; mais il marche facilement, ne fauche pas, ne ressent aucune douleur, et il a fait à pied une course d'une heure et demie pour venir me voir à l'hôpital Tenon.

Obs. V. — Louis D... est un homme de 38 ans, profondément tuber-

culeux. En 1887, il fut pris d'accidents pulmonaires qui l'obligèrent à quitter son métier. En janvier 1890, il eut la grippe régnante et commença à souffrir de son genou droit. Il entre le 8 mai dans mon service, ne pouvant plus marcher; grosse tumeur blanche, avec vives douleurs et atrophie musculaire. La voix est très enrouée (laryngite tuberculeuse); il y a seulement aux deux sommets quelques râles fins; mais en revanche amaigrissement depuis deux ou trois mois, sueurs nocturnes et grande faiblesse.

L'arthrectomie est faite le 26 mai, d'après les règles ordinaires; les os peuvent être conservés. Suites bénignes, ablation des drains le 2 juin et des fils le 18, le genou va très bien, la réunion primitive est obtenue, l'ankylose est achevée en juillet, mais l'état général ne s'améliore pas : eschare au sacrum, enrouement, râles sous-crépitants aux deux sommets, affaiblissement progressif. Le genou est sec, solide, sans douleur, et la guérison de la tumeur blanche paraît acquise depuis deux mois, quand le malade succombe à la fin de septembre aux progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Obs. VI. — Marie E..., 35 ans, est opérée le 26 octobre 1890 par M. Morestin, interne de mon service, pour une tumeur blanche du genou gauche. L'arthrectomie dure plus d'une heure et demie et ne diffère pas de ce qu'elle est ordinairement; les os sont conservés après un examen minutieux, tous les tissus articulaires détruits, les fongosités poursuivies avec le plus grand soin, les deux moitiés de la rotule suturées au catgut.

Le 4 novembre, premier pansement, ablation des drains et des fils. Le 20 novembre, tout est cicatrisé, la réunion primitive est parfaite. Le genou n'est pas douloureux, il reste une mobilité à peine sensible entre les surfaces. Le membre est laissé libre en attendant l'achèvement de l'ankylose; la malade est toujours en observation.

Tous ces faits n'ont pas une égale valeur. Si nous mettons à part le troisième, qui n'est pas dans la question (arthrectomie pour laxité articulaire), le cinquième, qui n'est pas absolument démonstratif, puisque l'homme, bien guéri de sa tumeur blanche, est mort de sa tuberculose pulmonaire au bout de quatre mois, et le sixième, encore bien récent pour qu'on puisse le juger, nous voyons chez les autres que la guérison est acquise et que rien ne peut faire supposer qu'elle se démentira, depuis sept mois, douze mois et deux ans et demi.

Je serais plus fort si, au lieu de cette courte série, j'apportais une vingtaine de cas ayant au moins deux ans d'existence. Mais attendre si longtemps, ce n'est pas le moyen de provoquer l'enquête sur une opération qui peut être bonne; si nous procédions ainsi, les questions n'avanceraient pas.

Je m'appuierai donc sur les faits que j'ai recueillis pour soumettre aux méditations de mes collègues les propositions suivantes :

L'arthrectomie du genou, bien comprise et bien faite, convient parfaitement à certaines tumeurs blanches. Comparée à la résection, elle donne le même résultat thérapeutique; elle a pour avantage la simplicité des soins consécutifs et la plus grande perfection du résultat fonctionnel. Elle mérite la préférence, quand les os de la jointure ne sont pas malades; c'est là son indication étroite et sa condition essentielle.

Ajoutons qu'il y aurait un immense intérêt à l'employer chez les enfants, où la résection de l'épiphyse arrête le développement du membre. C'est, par malheur, chez les enfants que la tuberculose osseuse est la règle, et qu'il ne faut guère songer à la seule destruction des parties molles. Aussi doit-on préconiser, pendant la période de croissance, une intervention mixte, résumée dans la formule suivante : arthrectomie, exploration des os, évidements suffisants et résections atypiques : la résection totale étant réservée aux cas extrêmes. Chez l'adulte, au contraire, il y a imprudence à ménager les os, pour peu qu'ils soient malades; il faut choisir ou la résection ou l'arthrectomie, mais il m'est impossible de dire quel est le degré de fréquence des lésions osseuses, et dans quelle proportion l'une et l'autre figureront à l'avenir dans nos statistiques.

Discussion.

M. Championnière. Les quelques observations que M. Richelot vient de nous présenter, malgré l'intérêt que présentent certaines d'entre elles, ne sauraient suffire à nous donner la valeur exacte de l'arthrectomie. On peut dire qu'en raison même de la parcimonie de ses moyens, cette opération se présente sous un aspect moins favorable que la résection, qui permet de dépasser toujours, et très largement, la limite des tissus tuberculeux. Aussi, fort souvent, ne donne-t-elle que des guérisons apparentes, temporaires, suivies bientôt de récidives locales. J'ai tenté moi-même cette opération chez un malade auquel je voulais conserver une certaine mobilité du genou; et deux ans après, j'ai observé une récidive de l'affection tuberculeuse. Contrairement à M. Richelot, et d'accord en cela avec les recherches de Lannelongue et de König, je considère que la synovite fongueuse à l'exclusion d'une affection tuberculeuse épiphysaire est une rareté pathologique, ce dont j'ai pu me convaincre dans les résections que j'ai faites. Je viens de pratiquer, il y a trois jours, ma quarante-sixième résection du genou, et j'ai trouvé dans le condyle interne un gros noyau tuberculeux. Que serait devenu ce malade si je lui avais pratiqué l'arthrectomie ?

Au point de vue de la conservation exacte de la longueur du

membre, je ne concède aucune supériorité à l'arthrectomie, car j'ai soutenu et soutiens encore que cette égalité de la longueur des deux membres, lorsqu'il existe une ankylose, est une cause de claudication.

L'ankylose doit de plus être rectiligne, et si à la suite de l'arthrectomie on obtient une raideur de l'articulation avec un certain degré de flexion, le membre perdra de sa solidité. J'ai des malades, des femmes notamment, qui, avec un raccourcissement très notable, marchent très bien, en boitant d'une façon presque imperceptible.

Ce n'est que chez les enfants que l'arthrectomie me semble devoir être tentée, pour conserver le cartilage épiphysaire, ce qui du reste peut encore être obtenu aux dépens d'une résection qui ne sacrifie que les couches superficielles des os.

La longueur du traitement post-opératoire de la résection est plus long, dit-on. J'estime qu'il faut cinq mois environ pour que le membre réséqué présente toutes les conditions désirables de solidité. Mais il n'en est pas moins vrai que je permets la marche au bout de deux mois, à la condition que le membre soit maintenu par un appareil.

Dans quelques circonstances, la résection elle-même ne peut dépasser les limites du mal, et on observe des récidives qui nécessitent une intervention ultérieure. Mais ces cas peuvent être facilement prévus, ainsi que je l'ai fait à propos d'un malade que j'ai réséqué dans le service de M. Terrier, parce qu'il refusait absolument de se laisser amputer.

En résumé, donc, je considère l'arthrectomie comme une opération inférieure à la résection, parce qu'elle ne permet pas, comme cette dernière, de poursuivre les lésions jusqu'à leurs dernières limites, et que je préfère une opération radicale, quel que soit du reste le siège des foyers tuberculeux contre lesquels je la dirige.

M. Verneuil. J'avoue n'avoir pas été séduit d'abord par l'opération qui fait le sujet de la communication de M. Richelot, laquelle a été proposée en France par Létiévant, et pratiquée en Allemagne par Volkmann. Je tiens en général les opérations partielles pour de mauvaises opérations. Je m'élève pourtant contre l'opinion qui veut que toutes les arthropathies fongueuses s'accompagnent de noyaux tuberculeux dans les os. Je viens d'avoir une preuve récente du contraire, puisque, à part un certain degré de ramollissement, je n'ai trouvé aucun dépôt tuberculeux dans le squelette du genou d'un homme de trente ans environ, que j'ai dû amputer pour une arthrite fongueuse d'une gravité extrême. L'expérience nous a appris, du reste, qu'il existe un grand nombre d'arthrites tuber-

culeuses guérissables par l'immobilisation et les révulsifs. Dans un service aussi actif que le mien, je ne pratique pas en moyenne plus d'une ou deux amputations par an de ce fait. On a affirmé de même qu'il n'existait pas de coxalgie sans lésions tuberculeuses des os. Je n'ai pas pratiqué, dans le cours de ma carrière, plus de 8 à 10 résections de la hanche, et il faudrait compter par plusieurs centaines le nombre des coxalgiques que j'ai observés.

N'existe-t-il pas du reste certains signes cliniques, tels que la douleur déterminée par les pressions exercées au niveau du foyer tuberculeux, les mouvements imprimés à la rotule, les pressions exercées de bas en haut sur la jambe, qui permettent de reconnaître les lésions osseuses? Si ces manipulations sont peu douloureuses, la guérison est possible sans intervention chirurgicale, et rien ne prouve non plus que les lésions tuberculeuses elles-mêmes ne puissent guérir spontanément. Telle est certainement l'explication des guérisons obtenues en si grand nombre par le traitement classique.

La méthode préconisée par M. Richelot offre ceci d'avantageux sur les autres, qu'elle ouvre largement l'articulation et permet d'inspecter commodément et d'exciser tout ce qui est suspect.

A l'encontre de M. Championnière, je pense qu'un très léger degré de flexion dans l'ankylose est préférable à une rectitude absolue.

Quant à l'objection tirée de l'égale longueur des deux membres, je ne puis lui concéder une grande valeur; car, pour obtenir le degré d'inégalité nécessaire, il suffit d'élever de quelques centimètres le talon du côté sain.

M. Quénu. Il me semble que dans la controverse soulevée par M. Richelot toute la question est de savoir s'il est possible de reconnaître d'une façon certaine l'intégrité des extrémités osseuses. Non seulement je pense que ce diagnostic est impossible en clinique (cela contrairement à M. Verneuil), mais encore je soutiens qu'il est difficile et incertain au cours même d'une opération, et alors que l'articulation est toute grande ouverte. J'ai pratiqué 11 résections du genou pour arthrites tuberculeuses, dont 4 chez des enfants et 7 chez des adultes. Je n'ai eu qu'un seul insuccès chez un malade qui eut de la récidive et que je dus amputer de la cuisse. Or, trois fois je croyais pouvoir m'abstenir de la résection et ne faire qu'une abrasion des parties molles : les surfaces articulaires paraissaient à peu près saines ; un coup de curette me décela l'existence d'un foyer caséeux soit dans l'extrémité tibiale (2 fois), soit dans un condyle du fémur (1 fois). On sait, du reste, que, spécialement chez les enfants, il n'est pas du tout rare d'observer des

foyers tuberculeux qui, siégeant dans une épiphyse, au voisinage d'une articulation, laissent celle-ci indemne. On s'expose donc, si on n'entame pas l'os, à laisser des prodnits tuberculeux. Je veux bien que ces derniers, suivant la remarque de M. Verneuil, soient susceptibles d'une guérison spontanée; mais vraiment, du moment que vous prenez le bistouri et que vous ouvrez une articulation, c'est bien pour la nettoyer à fond et n'y laisser aucun produit pathogène.

Quant à la question de la fréquence des synovites articulaires pures, je suis de l'avis de M. Championnière, je les crois exceptionnelles chez l'enfant et rares chez l'adulte. Je parle, bien entendu, des arthrites primitives, et non de celles qui peuvent survenir au cours d'une phthisie pulmonaire. J'ajoute que ces synovites tuberculeuses primitives me paraissent une forme des plus graves de la tuberculose articulaire. M. Richelot a invoqué en faveur de l'arthrectomie la possibilité de ménager le cartilage épiphysaire; mais il faut bien savoir que, dans maint cas, sa disparition est le fait même du processus pathologique, indépendamment du procédé opératoire.

En outre, lorsqu'on fait une résection, on n'est guère obligé d'enlever du premier coup de grandes tranches d'os; je suis, pour ma part, absolument partisan des opérations atypiques dans lesquelles on creuse, on évide, en laissant debout, au prix d'une irrégularité, les morceaux sains; par suite, il est parfois possible de ménager le cartilage de conjugaison, si l'état de l'os le permet; tandis que, dans votre opération, vous risquez de laisser à son voisinage des altérations capables d'en hâter la disparition.

M. Berger. J'ai pratiqué très souvent, plus de vingt-cinq fois, la résection du genou pour tumeurs blanches; et depuis que j'ai eu connaissance du travail de Volkmann sur l'arthrectomie, j'ai constamment cherché l'occasion de substituer cette opération à la résection: je n'en ai pas encore trouvé l'indication.

Dans tous les cas, sauf un peut-être, de résections du genou que j'ai pratiquées, j'ai trouvé des foyers tuberculeux plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux, dans les extrémités articulaires, en plein tissu osseux, et principalement dans l'extrémité osseuse du tibia. Ce n'est pas que je nie l'existence des cas de synovite fongeuse proprement dite du genou, où les altérations sont limitées à la synoviale; ces cas existent incontestablement; M. Verneuil vient encore de nous en donner la preuve; mais je n'en ai jamais observé, je n'en ai point rencontré dans ma pratique, et je suis dès lors porté à croire qu'ils doivent être assez peu communs.

Je ne parle, bien entendu, que des cas dans lesquels je suis intervenu par la résection ou l'amputation de la cuisse. Ceux, très nombreux, que j'ai traités, améliorés ou guéris par l'expectation, l'ignipuncture, la compression, les appareils, appartenaient peut-être à la classe des faits signalés par M. Verneuil, mais on ne saurait en avoir la preuve.

Il m'est arrivé, au contraire, en pratiquant la résection du genou pour des tumeurs blanches qui ne s'accompagnaient d'aucune tuméfaction apparente des extrémités osseuses, de ne pas trouver d'altération visible des surfaces diarthrodiales à l'ouverture du genou; m'étant néanmoins décidé à réséquer une tranche osseuse, je trouvais des tubercules centraux dans les condyles fémoraux ou dans les tubérosités tibiales.

La résection du genou n'est d'ailleurs pas une opération grave par elle-même. Depuis que je la pratique, avec des précautions antiseptiques bien prises, je n'ai eu que rarement de la suppuration; jamais d accidents opératoires graves à regretter. Un seul de mes opérés est mort au bout de quelques mois, de tuberculose pulmonaire : quelques résultats ont été douteux ; j'ai dû parfois pratiquer ultérieurement l'évidement des points osseux malades; la majorité de mes malades ont conservé un membre rectiligne, très bon pour la marche.

Quelle raison aurai-je de préférer l'arthrectomie? L'ankylose dans la rectitude est la terminaison la plus favorable que puisse présenter une tumeur blanche, lorsque les altérations ont été assez prononcées pour motiver une intervention. Le raccourcissement léger que laisse la résection est, dans ces conditions ,favorable à la marche. Quant aux tumeurs blanches du genou qui peuvent guérir sans opérations, celles surtout qui laissent, après la guérison, un genou encore doué de mouvements, elles peuvent être traitées par l'expectative et les appareils par lesquels, dans les cas simples, on obtient d'excellents résultats. Dans ces cas j'emploie couramment encore le redressement sous le chloroforme, avec ou sans ténotomie, les appareils, les révulsifs, l'ignipuncture.

Il n'est certes pas impossible que des foyers de tuberculose osseuse puissent guérir par l'emploi de ces moyens; mais quand on intervient par une opération, pourquoi se priver de les rechercher et de les enlever?

Je suis donc partisan de la résection bien plus que de l'arthrectomie.

Les indications de cette dernière me paraissent devoir être limitées aux cas où, chez de jeunes sujets n'ayant pas encore achevé leur croissance, les altérations du genou paraissent limités à la synoviale. Il y a un avantage notable à ne pas intéresser les car-

tilages d'accroissement des os, afin d'éviter la production d'un raccourcissement qui se prononcera toujours avec l'âge.

On pourrait, à la rigueur, se contenter de pratiquer l'abrasion des surfaces articulaires en restant au-dessous du cartilage épiphysaire; mais je ne laisse pas que d'être un peu incrédule à l'égard des résultats obtenus de la sorte, et je crains fort qu'un cartilage de conjugaison qui a nécessairement été traversé par la suture osseuse, et qui est à quelques millimètres de la surface de réunion des os, ne soit plus apte à remplir son rôle dans l'accroissement en longueur du squelette, si même la maladie l'a laissé intact. Je crois que dans ces cas, chez les enfants, chez les jeunes adolescents, lorsque le gonflement articulaire et la menace de suppuration force d'agir, on pourrait tenter l'arthrectomie; mais je n'en connais guère d'autres où cette opération doive être préférée à la résection, qui donne des chances bien plus nombreuses de guérison définitive.

Certes, la résection du genou est une opération difficile à bien conduire et très laborieuse; mais les suites en sont en général très simples et le résultat excellent. Je la pratique en général sans drainage, en pratiquant la réunion osseuse avec des points de suture au catgut, au nombre de cinq, six ou sept; la réunion périostique, et une suture superficielle continue; et je dois avouer que plus mon expérience de cette opération s'accroît, plus j'en suis partisan et meilleurs aussi sont les résultats qu'elle me donne.

Rapport.

Sur une observation de M. Kummer (de Genève), intitulée : *Extraction d'une aiguille enkystée dans un doigt.*

Rapport par M. H. Nimier.

M. le Dr Kummer, privat-docent de chirurgie à l'Université de Genève, vous a adressé une observation d'*extraction d'une aiguille enkystée dans un doigt*[1]. L'intérêt de cette communication résulte surtout de l'examen histologique de la pièce. Par lui-même, le fait clinique est fort simple. Une femme s'enfonce dans l'annulaire gauche une aiguille dont l'extrémité se brise et reste incluse dans les tissus pendant trois ans environ, sans causer de gêne bien appréciable; puis, sans cause apparente, le point blessé devient

[1] Cette observation a été publiée dans les *Archives médicales de la Suisse romande.*

douloureux, et l'on y constate la présence d'une petite tumeur dure, mobile et un peu sensible à la pression. L'exploration avec une aiguille aimantée ne décèle pas tout d'abord la présence du corps étranger. Mais, après que la partie malade eût été frictionnée avec un fort aimant, l'aiguille aimantée subit une attraction appréciable, indice de l'existence d'un corps métallique dans la tumeur. Cette dernière est enlevée et confiée à M. le Dr Christiani (assistant du laboratoire d'histologie de l'Université de Genève), qui l'a étudiée au point de vue histologique.

La tumeur est piriforme, mesure environ 4 millimètres de longueur et presque autant de largeur ; elle renferme en son centre le fragment métallique qui déborde l'une de ses extrémités à la manière d'une queue. La portion de l'aiguille saillante hors de la tumeur est rongée par la rouille, ce que ne présente pas la partie incluse dans la cavité centrale du kyste. Autour de cette cavité, on distingue trois couches principales de tissus :

1° Une externe conjonctive, formée de lames concentriques, serrées, très denses ;

2° Une interne, constituée en majeure partie par des cellules épithéliales, prismatiques ou cubiques, stratifiées ; il est à remarquer que les cellules épithéliales de la couche interne n'ont aucune tendance soit à s'aplatir à mesure qu'elles s'avancent vers la surface, soit à subir la dégénérescence cornée ou muqueuse ;

3° Enfin une couche intermédiaire aux deux précédentes offre des travées de nature conjonctive contenant de nombreux vaisseaux, les uns très développés, les autres encore à l'état embryonnaire. Une pigmentation jaune brunâtre, ressemblant à la rouille (dont les réactions chimiques n'ont pas permis d'établir exactement la nature), s'y montre par places, sous forme de blocs de grandeur variable, soit épars dans le tissu, soit contenus dans un vaisseau ou même dans les éléments cellulaires. Ce qu'il y a de plus particulier dans cette couche, c'est l'existence de cellules épithéliales réunies en groupes et donnant l'image des acini d'une glande.

De cet examen histologique, le Dr Christiani conclut : que la tumeur ne résulte pas d'une simple transformation du tissu conjonctif par suite des frottements qu'il a dû subir contre le fragment d'aiguille. S'il en était ainsi, ce dernier aurait été recouvert par le néoplasme dans toute sa longueur. Il s'agit ici d'un kyste épithélial qui doit son origine, soit à un débris d'épiderme entraîné dans la profondeur, soit à une glande sudoripare que le corps étranger aurait maltraitée et isolée en pénétrant à travers elle dans la peau. De ces deux hypothèses, c'est à la dernière que se rattache M. Christiani, et pour cela il se base sur l'absence de matière cornée ou sébacée dans la tumeur. C'est là une opinion différente de celle

émise par les auteurs qui se sont jusqu'ici occupés des tumeurs perlées des doigts ; on admet généralement qu'elles résultent d'une transplantation d'éléments épithéliaux cutanés refoulés dans les tissus au moment du traumatisme. Si le caractère négatif invoqué par notre confrère suisse ne suffit pas pour faire accepter par tous sa manière de voir, il est bien difficile, d'autre part, de réfuter son hypothèse, qui précise d'une façon toute spéciale, dans le cas présent, le point de départ des éléments épithéliaux déplacés.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements aux auteurs de l'intéressante observation que je viens de vous rapporter et de déposer leur travail dans nos archives.

Lecture.

Sarcomes de l'utérus,

Par le Dr TERRILLON.

L'histoire des sarcomes de l'utérus est encore assez obscure, la marche et les caractères de cette lésion sont encore assez mal connus pour qu'un chirurgien expérimenté soit exposé à de fréquentes erreurs. C'est ainsi que, surtout au début, cette maladie sera souvent confondue avec une affection banale de la muqueuse utérine, telle que la métrite hémorrhagique ; d'autres fois, mais à une période avancée, on pourra se croire en présence d'une tumeur telle qu'un fibrome ou un kyste.

J'ai moi-même éprouvé ces difficultés. Cependant, éclairé par d'assez nombreuses observations, je puis dire qu'il m'est possible maintenant, dans la majorité des cas, d'établir un diagnostic plus précis, et par conséquent d'intervenir avec plus de discernement et avec plus de chances de succès.

J'ai pensé qu'il serait peut-être intéressant de donner le détail des faits, grâce auxquels j'ai ainsi acquis quelque expérience, de les analyser avec soin et de chercher les conclusions qu'ils comportent.

Les quatorze observations que j'ai réunies — la première date de 1886 et a été insérée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* — sont toutes intéressantes à différents points de vue. Deux d'entre elles ont été publiées dans les *Bulletins de la Société de gynécologie* (1889, p. 203 ; communication à propos de deux observations d'hystérectomie pour tumeurs malignes intra-utérines).

Ces observations peuvent être ainsi classées :

1° Quatre cas de sarcome intra-utérin ou portant surtout sur la muqueuse ;

2° Quatre cas de sarcomes gigantesques du fond de l'utérus ;

3° Trois cas de sarcomes pédiculés nés du fond de l'utérus et libres dans la cavité du bassin ou de l'abdomen ;

4° Trois cas de sarcomes volumineux contenant de vastes cavités remplies de sang ou de liquide sanguinolent ; ce sont des sarcomes kystiques.

Enfin, à l'aide de ces faits personnels, mais en tenant compte aussi de travaux parus à l'étranger, et surtout d'une thèse fort intéressante soutenue à Zurich, en 1876, par le D[r] A. Ragivule, et du *Traité de gynécologie* de M. Pozzi, j'espère élucider quelques points encore obscurs concernant cette forme grave de tumeurs utérines, en un mot faire un travail dont les conclusions puissent être utiles au diagnostic et au traitement chirurgical.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le sarcome utérin se développe par deux processus différents. Tantôt il envahit d'emblée et presque exclusivement la muqueuse, n'ayant qu'une influence de voisinage sur le muscle lui-même qui s'hypertrophie seulement.

D'autres fois, au contraire, la lésion naît du muscle utérin et produit à ses dépens une ou plusieurs tumeurs. Quant à la muqueuse, elle peut être augmentée d'épaisseur, sa vascularisation peut être exagérée ; elle contribuera ainsi à l'hypertrophie totale de l'organe et surtout à l'agrandissement de sa cavité ; mais elle ne participera pas ordinairement à la transformation sarcomateuse.

Ce sont là, on peut le dire, deux formes distinctes, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique qu'au point de vue clinique : le *sarcome de la muqueuse* et le *sarcome interstitiel*, véritable tumeur du corps de l'utérus.

Il est clair que, dans quelques cas, ces deux variétés pourront se trouver plus ou moins combinées ; elles n'en restent pas moins nettement et individuellement définies. Admise par tous les auteurs, cette distinction se retrouvera sans cesse dans l'étude qui va suivre.

Sarcome de la muqueuse utérine. — On peut décrire deux types bien différents et nettement caractérisés du sarcome de la muqueuse.

Dans une forme assez commune, la muqueuse est hypertrophiée, épaissie par l'infiltration sarcomateuse et présente du côté de la

cavité utérine des bosselures caractéristiques. Cet aspect était surtout remarquable dans l'observation que j'ai présentée en 1886 (*Bull. de la Soc. de chirg.*, 1886, p. 157) devant la Société de chirurgie; la muqueuse, dans ce cas, était pour ainsi dire transformée en un grand nombre de mamelons, à peine pédiculés et très vasculaires. Un de ces mamelons siégeait au niveau de l'orifice interne du col, qu'il obstruait presque complètement : le sang fourni par la muqueuse s'était ainsi accumulé dans la cavité utérine distendue, constituant un véritable *hématomètre.*

Ma deuxième observation est un autre exemple de cette même forme : la disposition mamelonnée y est seulement moins généralisée et localisée au fond de l'utérus.

A côté de la lésion de la muqueuse, il existe toujours, dans ce genre de sarcomes, une hypertrophie totale de l'organe et un épaississement des parois musculaires. Enfin la cavité s'agrandit jusqu'à acquérir, comme j'ai pu le constater, 20 et 25 centimètres de profondeur.

Quant au col, il paraît échapper presque constamment à l'envahissement du néoplasme. On sait que cette indépendance des sarcomes du corps et du col de l'utérus est un caractère signalé depuis longtemps.

La seconde forme que mes observations me permettent de décrire est la *forme ulcéreuse.* Ici la muqueuse infiltrée et épaissie ne va pas comme tout à l'heure proliférer et végéter. Elle semble au contraire souffrir d'une nutrition incomplète et subir des modifications destructives : on voit, en effet, ses éléments se détacher, laissant une surface anfractueuse, ulcéreuse et jaunâtre, d'où exsude une grande quantité de liquide séreux, à peine sauguinolent. Ce liquide contient une proportion souvent considérable de débris épithéliaux. Il a l'aspect puriforme, caractéristique de l'*hydrorrhée* abondante dont ces malades sont continuellement souillées.

Chez une de mes malades à laquelle j'ai enlevé l'utérus, en le sectionnant au niveau du col, au-dessus du vagin, cette forme de la lésion était singulièrement nette. L'organe était très hypertrophié et ses parois considérablement épaissies. L'agrandissement de la cavité était particulièrement remarquable, car elle mesurait plus de 12 centimètres, et ces dimensions exagérées m'avaient paru un argument sérieux pour le diagnostic; celui-ci avait d'ailleurs été confirmé par l'examen histologique d'un morceau de muqueuse enlevé par le curage. Ainsi s'expliquaient les divers symptômes que présentait cette malade avant l'opération, notamment l'écoulement abondant d'un liquide séreux et jaunâtre qui l'épuisait depuis plusieurs mois. Cet écoulement était souvent combiné avec des hé-

morrhagies profuses dues à la rupture de vaisseaux au niveau des parties ulcérées.

J'observe actuellement deux malades, l'une âgée de 48 ans, l'autre de 53 ans, qui sont également atteintes de sarcomes ulcérés de la muqueuse utérine. Chez ces deux femmes on trouve un organe volumineux à cavité exagérée. Le symptôme principal est constitué par des hémorrhagies souvent profuses, presque continues, et accompagnées d'une très abondante hydrorrhée. Cet écoulement complexe avait débuté, dans l'un et l'autre cas, quatre ou cinq ans après la ménopause.

Le curettage énergique, en fournissant des éléments d'examen microscopique, a permis d'établir un diagnostie précis. D'autre part, cette manœuvre suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc, et répétée une seconde fois dans l'un des cas, à trois mois de distance, fit disparaître presque complètement les hémorrhagies. Seul l'écoulement séreux persista. Mais ces malades, très affaiblies et alitées depuis longtemps, ont repris des forces et sont pour la première fois sorties de leur lit.

Sarcome interstitiel. — Je décrirai aussi deux formes assez nettement définies : les sarcomes interstitiels et les sous-péritonéaux.

La première est caractérisée par une hypertrophie considérable de tout l'utérus. Il semble que la production maligne ait envahi presque en même temps toute l'épaisseur du muscle qui s'hypertrophie en masse de façon à acquérir un volume parfois énorme : dans une de mes opérations, l'organe ainsi altéré pesait dix-neuf kilogrammes.

Une augmentation du diamètre de la cavité utérine s'ensuit — il ne dépasse guère douze ou quinze centimètres — ainsi qu'une hypertrophie de la muqueuse. Enfin les nombreux vaisseaux qui viennent des ligaments larges, et qui rampent à la surface de cette grosse tumeur, sont notablement ectasiés. J'ai principalement remarqué combien les veines étaient toujours plus volumineuses que dans les fibromes simples de même volume.

Il n'est pas rare de trouver des fibres musculaires dans quelque partie de ces sarcomes interstitiels ; ce qui justifie l'opinion vraisemblable de quelques auteurs pour lesquels ces tumeurs seraient souvent des fibromes anciens transformés.

Le premier cas de ce genre que j'ai observé présentait cette particularité que le sarcome s'était développé d'une façon pour ainsi dire diffuse, dans toute l'épaisseur de la paroi du corps utérin. A peine présentait-il quelques bosselures faisant saillie du côté du péritoine.

Ce sarcome fut enlevé par la laparotomie avec section de l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule lié avec un tube de caoutchouc fut abandonné dans l'abdomen. La tumeur pesait 13 kilogrammes. La cavité était agrandie et mesurait 12 centimètres. Il y eut beaucoup de sang quoique la muqueuse fût peu altérée. Toute la paroi musculaire était infiltrée de sarcome.

Cette malade que m'avait envoyée mon ami le Dr du Castel guérit rapidement de son opération et put même reprendre son métier de couturière. Mais elle mourut, six mois après, d'accidents pulmonaires qui semblent avoir été le résultat d'une de ces récidives, ou propagations par le système veineux, dont le professeur Virchow a depuis longtemps démontré la possibilité et l'existence fréquente.

En avril 1890, j'opérai à la Salpêtrière un second sarcome diffus d'un volume considérable. La tumeur, qui pesait 17 kilogrammes, fut présentée à la Société anatomique par M. Chibret, interne du service. Elle s'était développée dans l'espace de quinze à dix-huit mois et communiquait à l'utérus, dont la cavité était devenue énorme, des dimensions telles que le ventre avait 1m,65 de circonférence.

Développé aux dépens du corps de l'utérus, le néoplasme s'était partiellement infiltré dans le ligament large. Il avait contracté des adhérences avec la vessie, dont on ne pouvait le séparer; avec deux anses d'instestin grêle de 50 centimètres chacune; enfin, avec les aponévroses du muscle iliaque du côté droit.

L'ablation fut très pénible, mais complète. Le pédicule utérin assez petit fut coupé au-dessus du vagin.

Malheureusement la malade mourut du choc opératoire, au bout de 36 heures.

Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, mou, presque télangiectasique, et qui par sa fausse fluctuation pouvait bien simuler un kyste ovarique.

J'ai récemment observé un troisième exemple de sarcome volumineux qui mérite également une mention spéciale.

Il s'agit d'une malade âgée de 53 ans, très vigoureuse, ayant eu deux enfants, et opérée en 1873 par M. le professeur Trélat d'une petite tumeur du sein gauche que ce chirurgien considéra alors comme un sarcome. La guérison fut alors parfaite et rien ne reparut de ce côté.

En 1887, quatorze ans après cette première opération, Mme X... s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis quelque temps déjà elle avait des pertes utérines, et on avait pensé à l'existence d'un fibrome. Mais l'évolution de la maladie était si rapide que bientôt la circonférence du ventre atteignait 1m,60.

Quand cette dame, en juillet 1888, vint à Paris, accompagnée de

son médecin, M. le Dr Vast, je crus aussi à la présence d'un fibrome à marche rapide et, considérant la vie de la malade comme menacée, je proposai une intervention radicale.

L'opération eut lieu le 24 juillet 1888. J'enlevai facilement une énorme tumeur utérine de 20 kilogrammes et je laissai dans l'abdomen la partie inférieure du col serrée à l'aide d'un tube de caoutchouc.

La guérison fut parfaite, sans incident, et après vingt-cinq jours la malade quittait Paris.

L'examen de cette vaste tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibro-sarcome, certaines parties présentant des fibres musculaires à peu près sans mélange, d'autres portions plus étendues étant constituées par du sarcome mou ou fasciculé presque pur.

Cinq mois après cette opération, cette malade présenta quelques accidents du côté du vagin avec écoulement purulent et légère fièvre le soir. Je pensai aussitôt à quelque récidive, mais je ne tardai pas à découvrir la cause de tous ces phénomènes : le tube de caoutchouc qui vint bientôt se présenter au fond du vagin. Il fut facilement retiré et tous les accidents cessèrent. La malade reprit donc, en décembre 1888, ses habitudes et sa vie habituelle avec toutes les apparences de la plus belle santé.

Mais vers le mois de mai de l'année 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après l'intervention radicale, apparurent des phénomènes de compression vésicale et rectale avec crises douloureuses dans le bas-ventre. Actuellement, mon ancienne opérée est manifestement atteinte d'une récidive et présente une tumeur qui remplit presque complètement le bassin, sans proéminer d'une façon très sensible dans le vagin. La malade est morte en octobre 1890.

Enfin, il m'a encore été donné, en juin 1890, d'observer, chez une fille âgée de 28 ans, un de ces volumineux sarcomes interstitiels.

Quand j'examinai cette malade, le 1er juin, le ventre était énorme, les veines superficielles dilatées. On pouvait apprécier la présence d'une tumeur gigantesque, dure, résistante, se confondant avec l'utérus, qui était entraîné très haut dans le bassin et dont il était difficile d'atteindre le col, par le toucher vaginal. La rapidité du développement me fit penser à un sarcome, et malgré le très mauvais état de la malade je tentai une opération qui était la seule chance de soulagement et de prolongation.

Cette opération eut lieu le 1er août 1890. Elle fut des plus pénibles. Comme chez la malade précédente, l'utérus, transformé en un immense sarcome interstitiel de 15 kilogrammes, s'était infiltré entre les deux feuillets du ligament large en se coiffant d'anses intestinales auxquelles il adhérait. Je pus cependant le séparer

de ces organes ainsi que de la vessie, sans les blesser. Les feuillets du ligament large qui entouraient la base de la tumeur furent coupés et liés au moyen de 18 ligatures en chaîne. Le pédicule utérin, qui était de petites dimensions, fut enfin abandonné dans l'abdomen.

Cette malade guérit de l'opération; mais elle reste languissante, et je ne serais pas surpris qu'il existât déjà une récidive (novembre 1890).

La seconde forme de *sarcome interstitiel* dont je vais parler est assez commune.

Ce qui la caractérise, c'est la production du sarcome par places ordinairement bien circonscrites dans le muscle utérin. A son début, la tumeur occupe la surface ou l'intérieur du muscle utérin, constituant un noyau qui fait à peine saillie sous le péritoine. Puis, en se développant, elle fait de plus en plus saillie dans la séreuse, qu'elle repousse jusqu'à ce que finalement elle se pédiculise. Plus tard elle s'élargit par sa partie saillante, affectant la forme d'un champignon lisse, à peine bosselé, qui flotte, pour ainsi dire, dans a cavité abdominale, retenu au corps de l'utérus par un pédicule de volume variable.

On peut trouver à la surface de l'utérus deux ou trois productions semblables, à des stades différents de volume et de pédiculisation. L'organe qui porte cette sorte de tumeur est toujours hypertrophié.

Le pédicule a un volume variable. Je l'ai vu varier de 5 à 10 centimètres de diamètre environ.

Il est utile d'insister, dès à présent, sur ce fait, que malgré cette forme pédiculée, le tissu sarcomateux s'enfonce toujours dans la paroi utérine, et que, par suite, l'opération partielle qu'on peut faire sur chaque tumeur sans toucher à la substance de l'organe est presque fatalement incomplète.

J'ai eu trois fois l'occasion d'enlever des sarcomes péritonéaux pédiculés du fond de l'utérus. Ils étaient libres dans l'abdomen et sans adhérences.

Cependant, dans un troisième cas, la tumeur qui occupait entièrement le petit bassin produisait depuis quinze jours des phénomènes de compression avec rétention d'urine et signes assez sérieux d'étranglement. Lors de l'opération, j'éprouvai les plus grandes difficultés à retirer de l'abdomen cette masse ainsi enclavée; je n'y arrivai qu'au bout de vingt minutes après l'avoir déplacée dans tous les sens et l'avoir fait pivoter sur tous ses diamètres.

Je fis enfin, sur le corps de l'utérus, un peu au-dessus des

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 49.1.91. *Le gérant :* G. Masson.

culs-de-sac vaginaux, un pédicule qui me parut trop gros pour être rentré dans l'abdomen, et que je fixai à la paroi, après avoir placé un lien de caoutchouc et une broche.

Après cette opération pénible, dans laquelle j'étais assisté par M. Siredey, notre regretté collègue des hôpitaux et M. le Dr Thierry (de Rouen), je fus témoin d'un curieux acccident.

Pendant deux jours tout alla bien; la température n'atteignait pas 38°; les intestins et la vessie fonctionnaient normalement; quand le matin du troisième jour, je m'aperçus qu'il s'était produit pendant la nuit une abondante hémorrhagie par le pédicule. Celui-ci avait été à moitié coupé par le caoutchouc et était rentré assez profondément. Un tamponnement énergique, après nettoyage des caillots, arrêta le sang. Mais une septicémie rapide se déclara, et la malade mourut cinq jours après.

L'examen de l'utérus donna l'explication de cet accident. Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules et à développement rapide. Or, au moment de faire le pédicule, croyant couper en tissu sain, je m'étais trouvé en plein dans la substance sarcomateuse molle, friable qui n'avait pas pu résister à la constriction du caoutchouc, et avait été sectionnée, occasionnant ainsi l'hémorrhagie, puis les accidents septiques rapidement mortels.

Sarcomes kystiques. — On peut décrire une troisième variété de sarcomes : le *sarcome kystique.*

Il s'est formé dans la masse de la tumeur, soit des kystes véritables, soit, par places, un ramollissement partiel donnant l'apparence de kystes.

Ceux-ci sont rares et disséminés dans le sarcome, de façon variable. Généralement on trouve dans ces cavités, qui acquièrent parfois un volume considérable, du liquide sanguin ou plutôt une bouillie noirâtre, nettement fluctuante et dans laquelle nagent souvent des lambeaux de tissu sarcomateux.

J'ai observé un exemple bien curieux de cette variété au cours d'une incision exploratrice.

Il s'agissait d'une femme de 56 ans qui avait commencé, en 1886, à souffrir dans l'abdomen, et à avoir des pertes abondantes. M. le professeur Damaschino, consulté, ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable; il pensa à un fibrome au début.

Mais la maladie faisait de rapides progrès, et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde. L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus

qui était repoussé en avant et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus.

Cédant aux désirs de la malade et du médecin qui l'accompagnait, le Dr Mavrikos, je consentis à faire l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme dont la surface était parcourue par des veines dilatées. Une ponction donna, en deux fois, 5 litres de liquide noir qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans ces poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide.

Mais, en examinant avec plus de soin cette masse, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large, qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait, ainsi qu'à l'épiploon; enfin, que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intestinales. Je pris donc un fragment du néoplasme qui put permettre un examen histologique, et je refermai l'abdomen à l'aide de douze sutures.

Les suites de l'opération furent bonnes. La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment, et, en juillet (moins de deux mois après l'incision exploratrice), elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

J'ai rencontré récemment (août 1890) un second exemple de cette même forme anatomique de sarcome.

C'était chez une dame de 52 ans, femme d'un médecin, qui portait depuis une douzaine d'années une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des troubles peu accentués. Cependant la maladie, qui était restée longtemps stationnaire, évoluait depuis dix-huit mois avec une grande rapidité. La tumeur envahissait peu à peu l'abdomen qu'elle ne tarda pas à remplir et qui atteignit une circonférence de $1^m,50$. En même temps, l'examen révélait, dans cette vaste masse à développement progressif, des parties nettement fluctuantes.

La vie était évidemment menacée, je me décidai à pratiquer une opération.

Le diagnostic me semblait peu douteux : il s'agissait probablement, en dépit du développement rapide, qui d'ailleurs n'est pas très rare dans cette variété, d'un fibrome avec kyste volumineux.

L'opération eut lieu le 10 août 1890. Je me proposai de tenter l'ablation de l'utérus par la laparotomie, en pratiquant la section au-dessus du vagin.

Dès l'ouverture de l'abdomen, je constatai que les parois de la

cavité fluctuante présentaient un épaississement et une vascularisation exagérés. L'idée d'un sarcome me vint aussitôt. Je fis une ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain, et je pus extraire environ 5 litres d'un liquide rougeâtre.

La tumeur étant ainsi diminuée de volume, je me proposai de l'enlever. Mais je ne tardai pas à reconnaître des adhérences épiploïques considérables et des noyaux sarcomateux dans l'épiploon. De plus, deux anses intestinales étaient intimement unies avec la tumeur.

Malgré ces difficultés, je pus, non sans peine, couper l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux, en formant un pédicule volumineux qui fut fixé dans l'angle inférieur de l'ouverture abdominale.

La partie solide de la tumeur enlevée pesait environ 12 kilogrammes. Elle était composée de tissu sarcomateux, mélangé de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse. En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

Enfin j'ai enlevé, au mois d'octobre 1890, chez une femme de 46 ans, une tumeur à peu près analogue à la précédente, moins volumineuse, formée aux dépens du fond de l'utérus. Dans cette tumeur existaient trois grandes cavités, contenant chacune de un à trois litres de sang presque pur.

MARCHE ET SYMPTÔMES

Les descriptions précédentes ont fait voir combien sont variés les aspects anatomiques, sous lesquels peuvent se présenter les sarcomes de l'utérus. Leur volume, leur consistance, leur forme, l'existence de kystes dans leur intérieur sont autant d'éléments variables.

J'ai pu faire encore quelques remarques intéressantes au sujet de leur développement, de leurs symptômes et surtout des indications de l'intervention chirurgicale.

L'âge des malades mérite en premier lieu d'attirer l'attention : il varie de 30 à 50 ans environ. On ne peut s'empêcher de comparer ce développement survenant à l'âge moyen de la vie, à l'apparition des sarcomes de l'ovaire dans la jeunesse, de 15 à 25 ans.

Un second caractère intéressant de ces sarcomes, et surtout des sarcomes du corps de l'utérus, est leur fréquence plus grande chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. C'est ainsi que, sur mes quatorze observations, deux des malades avait eu un enfant dans leur jeunesse.

Ce rapport entre l'inactivité de l'utérus et le développement du

sarcome a déjà été signalé par la plupart des auteurs. Je ne tenterai pas plus qu'eux d'en donner l'explication.

Enfin une remarque capitale, surtout au point de vue du diagnostic, concerne le développement rapide de ces tumeurs. Toutes les fois qu'on assiste à l'évolution en quelques mois d'un néoplasme aux dépens de l'utérus, quelles que soient sa consistance, sa multiplicité et ses connexions, il faut penser au sarcome.

L'intégrité presque absolue de l'état général est un des caractères cliniques les plus remarquables dans cette maladie. Au début, c'est à peine si l'embonpoint a diminué, si l'état général a subi aucun trouble. Souvent même le sarcome a atteint un volume déjà considérable sans que rien n'annonce une perturbation dans la santé. Huit de mes malades, avant les phénomènes de compression tardifs qu'elles subirent, justifièrent en tous points cette règle.

Le cas suivant est un remarquable exemple d'une évolution rapide de la lésion, coïncidant avec la conservation la plus parfaite de la santé :

Une femme de 45 ans, n'ayant jamais eu d'enfant et jouissant d'une santé florissante, éprouvait en mars 1889, sans y prendre garde d'abord, quelques douleurs dans le bas-ventre et un peu de gêne dans la miction. Éloignée de chez elle, elle consulte, à Nice, un médecin qui lui annonce la présence d'une petite tumeur attenante à l'utérus. Elle revient aussitôt à Paris (le 10 mars) et vint me consulter. Je constatai l'existence d'une tumeur dure, peu volumineuse du fond de l'utérus.

Trois semaines après je fis un nouvel examen. Les douleurs abdominales, surtout la gêne de la miction et de la défécation, s'étaient accentuées très rapidement. Il me fut facile de constater, cette fois, la présence de la même tumeur, mais beaucoup plus grosse, et qui maintenant remplissait le bassin.

Bientôt éclatèrent des symptômes graves d'obstruction intestinale, et le 17 avril je l'opérais, principalement pour parer aux accidents aigus de compression. J'enlevai deux tumeurs pédiculées pesant 3 à 4 kilogrammes et composées exclusivement par du tissu sarcomateux à fines cellules, sans kystes.

Un exemple à peu près analogue s'est présenté à moi dans le courant de l'année 1888.

J'étais, en effet, appelé en province par le Dr Gey près d'une jeune femme de 32 ans, mariée, sans enfant, qui présentait tous les symptômes d'une tumeur du fond de l'utérus. Cette jeune femme, encore bien portante, se plaignait surtout de douleurs abdominales violentes et de phénomènes de compression qui avaient débuté quelques mois auparavant. Le médecin avait été frappé du développement rapide de la lésion. D'après lui, la marche avait été

tellement aiguë que, en quelques semaines, la tumeur avait triplé de volume.

Après examen, je fis le diagnostic de sarcome pédiculé du fond de l'utérus faisant saillie dans le bassin, et je proposai une opération.

Elle eut lieu le 4 août 1889. J'enlevai un sarcome pédiculé pesant 3 kilogrammes. Le pédicule naissait du fond de l'utérus et avait le volume du poignet. Ce pédicule fut lié avec un tube de caoutchouc, cautérisé superficiellement et abandonné dans l'abdomen.

On a beaucoup discuté, surtout en Allemagne, sur la transformation des fibromes en sarcomes. On a sans doute exagéré la fréquence de ce fait, et bien des tumeurs encore petites ont pu, dans certains cas, être prises pour des fibromes alors qu'il s'agissait de sarcomes au début. Cependant, dans deux sarcomes volumineux, de 17 et 20 kilogrammes, que j'ai examinés, il existait des parties nettement fibromateuses mélangées aux noyaux sarcomateux. Il est donc bien permis d'admettre que la transformation est possible, ou que les deux variétés de tissu peuvent se développer simultanément.

Nous avons vu avec quelle rapidité évoluaient ces sarcomes utérins, surtout ceux qui naissent au fond de l'utérus. Aussi ne peut-on s'étonner que les malades vivent rarement plus de deux ans à compter de l'apparition primitive de la lésion. Dans mes observations, cette survie a été rarement dépassée.

Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dépendre surtout des phénomènes de compression du côté du bassin ou de l'abdomen; par exemple, quand la tumeur s'infiltrant dans le ligament large vient se mettre en contact assez direct avec les intestins.

Les troubles de la nutrition provoqués par la cachexie progressive peuvent aussi provoquer la mort.

Après l'ablation, la récidive est la règle; survenant en général au bout de six à huit mois, elle a mis dans une de mes observations deux ans avant de se produire.

Si l'organe atteint de sarcome n'est pas enlevé en totalité, c'est dans le moignon qu'aura lieu la nouvelle évolution néoplasique. D'autres fois, ce sera dans les parties voisines. Chez une de mes malades, c'est le poumon qui fut pris, car le sarcome n'attaque pas les ganglions.

Cette question de la récidive est admise par les chirurgiens qui ont opéré de semblables tumeurs. Si l'on cite quelques exemples de sarcomes de l'utérus sans récidive rapide, c'est qu'il s'agissait

de la forme rare des sarcomes durs, fasciculés et à développement lent.

Le sarcome de l'utérus est donc une affection maligne au plus haut degré, et d'une évolution rapide.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du sarcome de la muqueuse est fort délicat.

Cependant on peut tenir compte ici de plusieurs signes assez importants qui, se combinant, permettront d'arriver à une véritable précision. C'est ainsi qu'un écoulement sanguin abondant, presque continu ; une augmentation considérable du volume de l'utérus et un agrandissement notable de sa cavité, sont des symptômes qui, groupés, indiqueront presque à coup sûr la nature de la lésion. Et si on les observe chez une femme qui a depuis quelques années atteint l'âge de la ménopause, ils acquièrent une valeur encore autrement considérable.

J'ai pu, de cette façon, faire un diagnostic très précis chez une femme de 52 ans, grasse et bien portante, que m'avait adressée M. le Dr Lecoin. Après avoir constaté un écoulement presque permanent de sang très noir, faisant issue par le col, je mesurai la cavité utérine et trouvai une étendue de 15 centimètres. L'utérus était gros comme les deux poings. J'affirmai donc l'existence d'un sarcome.

Néanmoins, je ne crus pas devoir proposer d'opération, le volume de l'utérus étant trop considérable pour que l'extraction pût être faite par la voie vaginale. Mais je pus assister à la déchéance rapide de cette santé florissante, à l'aggravation des signes que j'avais constatés. Enfin, au bout de cinq mois, cette malade mourait de cachexie avec des phénomènes de compression grave du côté de l'intestin.

Le diagnostic du sarcome, interstitiel au début, est souvent très difficile.

La présence de bosselures, de tumeurs faisant saillie à la surface du corps de l'utérus, pourra certes faire penser à cette affection. Mais l'analogie qu'elle présente avec le fibrome est telle qu'un seul caractère permettra d'affirmer la présence du sarcome : *la marche rapide* qu'aura suivie la maladie.

Ce signe ne sera pas moins précieux pour les énormes sarcomes, dont l'évolution est beaucoup plus prompte que celle des fibromes d'un même volume.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La difficulté du diagnostic et la gravité de l'intervention ren-

dent d'abord nécessaires plusieurs examens; et souvent l'examen histologique de débris enlevés par le grattage autorisera seul une affirmation absolue et la discussion d'un traitement approprié.

D'une façon générale, on peut dire que la seule opération rationnelle est l'ablation totale et absolue de l'organe atteint par la maladie. Seule, cette intervention radicale peut mettre à l'abri d'une récidive locale presque certaine, ou d'une propagation à distance par le système veineux, si celui-ci n'est pas encore envahi au moment de l'action opératoire.

Mais, à part cette indication générale, le mode d'intervention doit varier avec chaque forme spéciale de la maladie, et je me propose de passer en revue chacune des variétés de sarcome, avec les résultats opératoires qu'elle m'a fournis.

L'ablation totale, nettement indiquée, ne peut malheureusement pas se faire toujours dans de bonnes conditions; souvent même elle devient impossible par suite de certains rapports anatomiques.

L'enlèvement de l'organe *par la voie vaginale* n'est applicable qu'au sarcome intra-utérin encore à son début. En effet, le corps de l'utérus augmente bientôt de volume et devient tellement gros que son passage par les voies naturelles est presque impossible.

J'ai dû, dans un cas, fragmenter l'organe pour pouvoir le sortir hors de la vulve, et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'il a pu être enlevé en entier.

Il faut cependant savoir que ce mode opératoire est indiqué dans tous les cas où l'utérus est encore petit et mobile; circonstances rares, à la vérité, car les malades n'arrivent que tardivement près du chirurgien, un léger écoulement de sang ou de sérosité, sans autre incommidité, n'ayant pu leur faire soupçonner pendant longtemps la gravité du mal.

Quoi qu'il en soit, c'est donc là une ressource bien restreinte et bien rare qui s'offre au chirurgien.

L'intervention *par la voie abdominale* est au contraire d'une application autrement générale et convient non seulement aux sarcomes pédiculés, aux sarcomes gigantesques ou kystiques, mais aussi aux sarcomes intra-utérins.

En ce qui concerne ces derniers, qui atteignent rarement le col de l'utérus, on ne voit pas pourquoi, la voie vaginale étant impraticable, on n'appliquerait pas, comme aux fibromes, l'hystérectomie sus-vaginale. J'ai ainsi enlevé trois fois, par la laparotomie, des sarcomes de la muqueuse avec hypertrophie considérable de l'utérus. Le pédicule, lié par un tube de caoutchouc, fut abandonné dans le ventre.

La première de ces malades fut opérée, en 1885, pour un sarcome végétant avec accumulation de sang dans la cavité utérine (obs. déjà

signalée). Cette malade guérit bien et ne mourut que treize mois après de récidive du côté du bassin.

La seconde fut opérée à la Salpêtrière le 1er avril 1887 pour un sarcome de la muqueuse donnant également une grande quantité de sang, avec hypertrophie considérable de l'utérus. La guérison eut lieu; mais la récidive, plus rapide dans ce cas, entraîna la mort au bout de cinq mois.

La troisième malade guérit également des suites de l'intervention, mais succomba huit mois après d'une récidive dans le poumon.

Le même procédé peut être appliqué aux sarcomes gigantesques avec d'autant plus de facilité — c'est du moins ce que j'ai observé dans ma pratique — que le col est moins volumineux, c'est-à-dire que le pédicule laissé dans le ventre sera plus petit. Mais ici l'opération est beaucoup plus grave à cause des adhérences fréquentes avec l'intestin.

Les sarcomes pédiculés sont évidemment justiciables d'une opération du même genre. Cependant, tenté par les circonstances particulièrement favorables, et surtout par l'existence naturelle du pédicule, je me suis laissé aller trois fois à n'enlever que la tumeur, sans toucher au corps de l'utérus.

Dans l'un de ces cas, le succès opératoire fut complet : malheureusement la malade mourut deux mois après par repullulation au niveau du pédicule. Mais, chez les deux autres malades, j'eus à me repentir d'avoir ainsi cédé au désir de pratiquer une intervention plus simple.

J'ai déjà signalé le premier de ces insuccès. C'est cette opération dans laquelle le pédicule sarcomateux fut sectionné par le lien de caoutchouc qui le fixait au dehors. Une hémorrhagie grave, puis des accidents septicémiques mortels s'en suivirent.

Dans le second cas, le pédicule fut rentré, mais il y eut une septicémie aiguë. Peut-être s'agissait-il ici d'une de ces auto-infections par les microbes contenus dans le tissu sarcomateux, que Martin et ses élèves ont bien étudiées. MM. Verneuil et Clado ont signalé des faits analogues.

En présence de pareils échecs, je n'hésiterai pas désormais, pour les sarcomes pédiculés comme pour les autres, à enlever l'utérus en totalité, au-dessus du vagin.

Quant à l'extirpation de l'utérus avec le col, c'est-à-dire l'extirpation totale par la voie abdominale, ce serait une intervention idéale, mais dont les suites immédiates sont si mauvaises qu'il faut en réserver l'indication, et que pour mon compte je n'ai pas osé l'employer.

Je terminerai ce qui concerne le traitement chirurgical en rap-

pelant que les sarcomes intra-utérins saignant et donnant lieu à un écoulement abondant peuvent être traités localement par la dilatation, le grattage et des cautérisations au chlorure de zinc ou avec le perchlorure de fer.

J'ai plusieurs fois usé de ce moyen, et le bénéfice a toujours été considérable. Les hémorrhagies particulièrement ont été arrêtées assez vite et pour assez longtemps. Seul l'écoulement hydrorrhéique, — d'ailleurs atténué, — persistait.

On peut appliquer ce traitement plusieurs fois et à des intervalles variables, lorsque l'opération radicale est inopportune ou refusée par la malade.

Trois fois j'ai noté après cette sorte d'intervention, le soir, et persistant pendant un ou deux jours, une élévation brusque de température allant jusqu'à 40°. Le curettage et les cautérisations avaient cependant été pratiqués avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. De plus, jamais pareil phénomène n'a été observé après les curettages pour métrites, quelle que fût leur importance.

J'attribue cette hyperthermie à l'auto-infection que j'ai signalée plus haut à propos d'une septicémie aiguë causée par un pédicule sarcomateux. Cette question des produits septiques que contiennent certaines tumeurs est à l'étude, et présente le plus grand intérêt. Nous savions, en effet, depuis longtemps, combien la moindre opération sur certains néoplasmes malins pouvait être suivie d'accidents graves, malgré toutes les précautions antiseptiques. Quelques travaux modernes sur ce sujet nous éclairent déjà sur l'étiologie de certaines septicémies, dont l'origine ne peut être imputée à une faute opératoire, mais reconnaît probablement pour cause une infection venant du tissu néoplasique.

Présentation de malade.

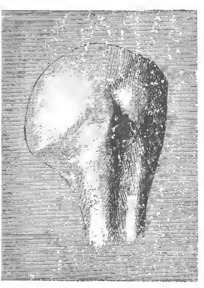
Scapulo-tuberculose gauche. Résection de la tête humérale. Grattage de la cavité glénoïde. Rétablissement absolu des fonctions du membre

Par M. Gérard-Marchant.

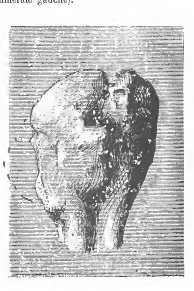
La nommée Rosalie Font..., âgée de 17 ans, née à Paris, est entrée à l'hôpital Laënnec le 14 décembre 1889, salle Chassaignac, n° 8.

Le début de l'affection remonte à un an : c'est, en effet, vers la fin de l'année 1888 que la malade se plaignit de douleurs dans l'épaule gauche. Elle travaillait avec peine, ne pouvait lever des fardeaux ; elle

Face antérieure (tête humérale gauche).



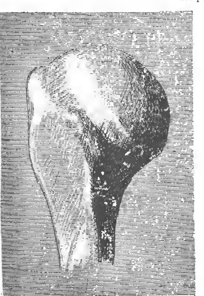
Saine.



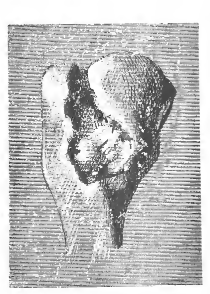
Malade.



Face postérieure.



Saine.



Malade

était gênée pour se peigner, pour porter la main derrière le dos ; en somme, les mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation étaient difficiles.

Depuis le début du mal, jusqu'au mois de mars 1890 (époque à laquelle je trouvai cette malade dans le service du Dr Nicaise, que je fus chargé de suppléer), Rosalie Font... fut soignée de son arthrite de l'épaule par des pointes de feu, des bains de vapeur, du massage, des courants continus, et un traitement reconstituant, à l'intérieur.

Devant l'insuccès de ces différentes thérapeutiques et la longue durée de l'affection, en présence de l'atrophie notable des muscles de l'épaule, des douleurs spontanées ou provoquées au niveau de la coulisse bicipitale, de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, de la gêne absolue des mouvements de l'épaule, malgré la conservation de l'état général, l'absence de suppuration, je conclus à l'existence d'une arthrite scapulo-humérale de nature tuberculeuse.

Je propose la résection de l'épaule, et le 10 mars 1890, je procède à cette opération avec le concours des internes du service, MM. Bouffe, Sainton et Durante.

Précautions antiseptiques, incision antérieure de Malgaigne, ouverture de l'articulation, résection de l'extrémité supérieure de l'humérus dans une étendue de 3 centimètres et demi. Curage de la cavité glénoïde dont le cartilage seul est ramolli. Toilette de la synoviale, qui permet de découvrir à la partie interne un abcès en boyau, qui fuse le long des vaisseaux huméraux ; grattage de cet abcès, suture au catgut de la synoviale, fermeture de la plaie opératoire, petit drain à la partie inférieure.

Pansement iodoformé. Un appareil plâtré, fait à l'avance, immobilise le bras dans la position pendante, collé au tronc, et l'avant-bras dans la demi-flexion.

Premier pansement le 29 mars; le drain est retiré avec le pansement.

Deuxième pansement enlevé le 15 avril, et la guérison est ce jour-là complète.

Le 21 avril on commence le massage et les courants continus; la malade quitte l'hôpital en mai pouvant se servir utilement de son membre.

J'ai voulu attendre, avant de vous présenter cette opérée, que la guérison se confirme et se maintienne. Aujourd'hui, 26 novembre, vous pouvez constater que l'extrémité supérieure de l'humérus forme une partie renflée au contact de la cavité glénoïde; que la malade jouit de tous les mouvements; que le mouvement d'abduction est possible; que cette opérée, enfin, peut se servir de son membre pour vaquer à toutes ses occupations, porter des charges, se peigner, se coiffer, etc.

Je considère ce résultat comme très favorable; aussi ai-je tenu à vous le faire constater.

C'est la deuxième fois que je fais la résection de l'épaule ; chez ma première malade opérée à Tenon en 1886, le résultat n'est pas moins satisfaisant. Cette opérée a quitté Paris, s'est placée en province, et s'est même mariée.

Sur les planches jointes à cette observation, on peut se rendre compte du degré des lésions. Un os sain est représenté à côté de la partie malade enlevée.

Élections.

Election pour le choix d'une commission chargée de dresser la liste des candidats au titre de correspondant étranger.

Ont été élus sur 20 votants :

MM.	Th. Anger par......................	20 voix.
	Championnière par..................	20 —
	Pozzi par..........................	20 —
	Richelot par.......................	20 —

Election pour le choix d'une commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de correspondant national.

Ont été élus sur 19 votants :

MM.	Delens par.........................	18 voix.
	Périer par.........................	19 —
	Schwartz par.......................	16 —
	Segond par.........................	15 —

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 3 décembre 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Moty, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats de membre correspondant et adresse un mémoire intitulé : *Note sur l'appendicite ;*

3° Une lettre de M. Fontan (de Toulon), demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant et envoyant un mémoire *Sur la cholécystotomie ;*

4° Une lettre de M. Schmidt, médecin-major à Versailles, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ;

5° M. Périer présente une note de M. Reboul, ancien interne des hôpitaux, *Sur le traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré.*

A propos du procès-verbal.

M. Kirmisson. Dans la dernière séance, on a discuté, à propos de la résection du genou, la question de savoir s'il était nécessaire, pour obtenir un résultat satisfaisant, d'enlever la totalité des lésions tuberculeuses, ou si l'on pouvait se contenter, dans certains cas, d'une ablation incomplète, suivie de pansements convenables. Je pense que, chez les enfants du moins, on peut se contenter d'une ablation incomplète des tissus tuberculeux dans le but d'éviter la lésion des cartilages épiphysaires et l'arrêt d'accroissement ultérieur du membre. A l'appui de cette proposition, j'ai l'honneur de vous présenter ce jeune garçon de 10 ans qui est entré dans mon

service avec une gibbosité consécutive à un mal de Pott lombaire guéri et une arthrite suppurée du genou gauche; j'ai pratiqué chez lui, le 19 mai dernier, la résection du genou. Au cours de l'opération, nous avons rencontré dans l'épaisseur de la tubérosité interne du tibia une cavité pouvant admettre la pulpe de l'index. Nous nous sommes contentés d'évacuer la matière caséeuse contenue dans son intérieur, et de toucher ses parois avec le thermocautère. Nous avons enlevé de l'extrémité inférieure du fémur et supérieure du tibia des lamelles dont l'épaisseur ne dépassait pas 3 à 4 millimètres, et nous avons pu ainsi laisser intacts les cartilages épiphysaires. Un gros drain, transversalement placé à la partie postérieure de l'articulation, a été laissé à demeure pendant deux mois. Aujourd'hui, six mois et demi après l'opération, la guérison est complète; l'attitude du membre, légèrement fléchie, est des plus satisfaisantes; le malade marche, comme vous le voyez, sans aucune douleur. Le raccourcissement ne dépasse guère 1 centimètre ou 1 centimètre et demi.

M. Marchand. Il semble, d'après les affirmations des orateurs qui prennent part à la discussion pendante, qu'il soit besoin d'une nouvelle enquête pour décider d'une façon péremptoire si, oui ou non, il existe des tubercules dans les extrémités articulaires de toute articulation affectée d'arthropathie fongueuse.

On se demande, d'autre part, si ce ne sont point les seules arthropaties exemptes de cet élément pathologique qui seraient susceptibles d'une guérison sans intervention opératoire.

Trois faits que je viens d'observer tout récemment dans mon service de Saint-Louis comportent une valeur démonstrative telle que je me crois contraint de vous les exposer brièvement.

Le premier en date est celui d'une jeune femme de 26 ans, qui est entrée dans mon service le 13 juillet dernier. Cette malade, d'une bonne apparence, sans antécédents pathologiques bien nets, exerçait la profession très pénible, dit-elle, d'aide de cuisine dans un restaurant. Elle souffrait depuis cinq mois dans le genou gauche, mais n'avait jamais suspendu ses occupations, lorsque, quelques jours avant son admission à l'hôpital, elle fut prise de douleurs tellement vives dans le genou qu'elle dut s'arrêter en même temps que survenait un gonflement excessif de l'articulation.

Je constatai que le genou était légèrement fléchi, très tendu, très sensible à la pression. L'empâtement se prolongeait vers l'extrémité inférieure de la cuisse au point que l'on pouvait se demander s'il s'agissait bien d'une arthrite ou d'une affection néoplasique de l'extrémité inférieure du fémur.

Quelques jours de repos permirent d'affirmer le diagnostic : il

s'agissait bien d'une arthrite fongueuse, développée chez une malade dont l'aspect général ne pouvait trahir en rien cette affection, et qui avait présenté tout d'un coup des phénomènes de subacuité peu fréquents dans le cours de l'évolution de ces arthropathies.

Le genou fut étendu, immobilisé, comprimé, et la malade soumise à la médication iodurée et tonique.

L'état de la malade s'amenda notablement pendant les premiers mois du traitement; mais la région articulaire, qui à plusieurs reprises avait été le siège de cautérisations ponctuées, restait toujours le siège d'un empâtement profond, rénitent, semi-fluctuant.

Vers la fin d'octobre, nous vîmes se développer sur la face dorsale de la main droite, vis-à-vis des deuxième et troisième métacarpiens, une tuméfaction qui, résistante d'abord, devient bientôt manifestement fluctuante.

D'un autre côté, le gonflement du genou s'accentuait encore, et l'on percevait nettement les signes d'une fluctuation très profonde; aucun phénomène chez la malade du reste n'autorisait à supposer une infection bacillaire généralisée.

Je me décidai en présence de cette aggravation des phénomènes locaux à une action chirurgicale immédiate. Je résolus de pratiquer la résection du genou, précédée d'un nettoyage aussi complet que possible de la cavité articulaire, puis d'agir dans la même séance sur la tumeur fongueuse de la main.

L'articulation largement ouverte le 14 novembre par l'incision de Mackenzie, je la trouvai remplie d'énormes masses fongueuses qui l'avaient envahie jusqu'aux derniers recoins. Un grand nombre de fongosités étaient en pleine régression graisseuse. L'incision avait, du reste, donné issue à une quantité assez considérable de synovie purulente, contenant de nombreux grumeaux caséeux.

Nonobstant cet état, bien peu engageant au point de vue d'une résection à exécuter, et aussi en raison de l'âge peu avancé de la malade et de son état général, qui n'avait pas encore subi de grave détérioration, je me mis en devoir de pratiquer non point le grattage des fongosités, mais bien leur excision complète, y compris celle du tissu infiltré sur lequel elles reposaient. Je parvins ainsi à faire un nettoyage presque parfait des régions antérieures et latérales de l'articulation. Mais lorsque je fléchis un peu fortement cette dernière pour pratiquer la résection des os et me créer le jour suffisant pour procéder à la toilette des régions postérieures de la synoviale, je vis s'écouler brusquement une quantité de pus mal lié, dont je puis évaluer la quantité à 150 grammes environ. Je m'assurai aussitôt que ce liquide provenait d'une cavité creusée entre les muscles superficiels et profonds de la jambe, laquelle

communiquait largement avec l'articulation au niveau du tendon du muscle poplité.

En présence de ce fâcheux incident, je dus modifier le plan que je m'étais tracé, et après les précautions d'usage je pratiquai séance tenante l'amputation suscondylienne de la cuisse, en utilisant le lambeau antérieur que j'avais taillé et nettoyé en vue de la résection.

La tumeur de la main fut ouverte, curée, lavée au sublimé et pansée à l'iodoforme. Elle contenait comme le genou de nombreuses fongosités au milieu desquelles je pus distinguer pourtant les tendons des extenseurs. Les deuxième et troisième métacarpiens étaient dénudés de leur périoste dans une légère étendue.

L'autopsie de l'articulation fut faite avec le plus grand soin. En dehors des masses fongueuses qui la distendaient et la cavité de l'abcès que j'ai signalé plus haut, et qui descendait jusqu'au tiers inférieur de la jambe, je ne constatai sur les cartilages que quelques altérations nutritives, procédant manifestement des couches superficielles vers les profondes : léger dépoli au niveau de points où l'aspect hyalin avait fait place à une teinte mate et jaunâtre. Nulle part de perte de substance notable, si ce n'est vers la périphérie du cartilage tibial, où existaient quelques dépressions à bords nets, ne dépassant point en profondeur l'épaisseur même du tissu cartilagineux. Les condyles du fémur et du tibia furent sciés en tranches minces, chaque tranche examinée avec grand soin. Nulle part nous ne pûmes constater aucune lésion appréciable du tissu spongieux dont le tissu médullaire avait conservé presque partout une coloration rougeâtre normale. En présence de ces résultats négatifs, de l'absence de toute altération, qui de près ou de loin pût ressembler à un dépôt tuberculeux récent ou ancien, je ne jugeai point utile de faire procéder à un examen que l'absence de toute lésion apparente rendait sans objet.

Pour compléter de suite cette observation, j'ajouterai que la malade a guéri très rapidement de son amputation de cuisse, sans aucune élévation de température; que le lambeau antérieur s'est réuni partout par première intention, ce qui démontre que l'excision des parties virulentes avait été aussi parfaite que possible.

La lésion fongueuse du dos de la main a marché moins vite : un nouveau curettage des fongosités, mais très peu considérable, a été, il y a dix jours, pratiqué par M. Perruchet, mon interne; et actuellement tout fait espérer une cicatrisation prochaine et définitive.

Ma deuxième observation a trait à une femme de 52 ans, très affaiblie, très émaciée, entrée dans mon service le 24 novembre pour une grave affection du genou droit. Cette malade n'est plus

réglée depuis deux ans seulement. Elle fait remonter le début du mal dont elle est atteinte à un an environ; mais comme d'autre part elle attribue la maladie à son retour d'âge, on peut penser, malgré ses réticences, que le mal a une origine quelque peu plus éloignée.

L'articulation est dans la flexion à angle aigu. Le genou est fortement tuméfié, présentant une conformation d'autant plus arrondie que la jambe et la cuisse sont frappées d'une dystrophie plus accentuée. La cuisse a tout au plus le volume du bras d'un adulte moyen.

Le genou est manifestement rempli par un liquide qui distend assez fortement le cul-de-sac sous-tricipital. Les parties molles elles-mêmes présentent cet état d'empâtement mou, caractéristique de l'existence d'une couche épaisse de fongosités mollasses.

Nonobstant ce fâcheux état, l'examen de la poitrine ne décèle aucun état organopathique sérieux. Pas de diarrhée, quoique tous les soirs on constate une augmentation de température qui varie de 38 à 38° et quelques dixièmes. Le diagnostic était dépourvu de toute obscurité; le choix de l'intervention s'imposait d'autre part.

Je pratiquai l'amputation circulaire de la cuisse au tiers inférieur, le vendredi 28 novembre. Les résultats de l'autopsie du membre confirmèrent toutes mes prévisions. La synoviale était remplie de pus; elle était hérissée de fongosités molles, dont un grand nombre avaient subi la régression graisseuse.

Les os ont été examinés avec la plus scrupuleuse attention. Les cartilages ne présentaient aucune altération. Leur poli et leur transparence avaient bien moins souffert que dans le cas précédent. Les extrémités du fémur et du tibia n'ont montré aucune altération notable; leur résistance à la scie était presque normale, et nous ne pûmes découvrir la trace d'aucun dépôt ni d'aucune infiltration tuberculeuse.

L'amputation a fait tomber la température, et le deuxième jour celle-ci a repris le type normal, qui ne s'est point démenti depuis (6 décembre).

Ma troisième malade est une enfant de 14 ans 1/2, qui a eu une tumeur blanche du genou gauche à l'âge de trois ans.

L'articulation est restée bien longtemps malade, puisque la guérison complète ne date que de quatre ans environ. Malheureusement pendant ce long traitement on n'a pas su prévenir la flexion du membre, et la pauvre fillette présente actuellement une ankylose complète en flexion forcée. Le membre inférieur est atrophique; sa croissance normale a souffert notablement; mais dans l'état où il se trouve, aucun appareil prothétique, pas même

un pilon, ne lui est applicable. Cédant aux sollicitations de la famille et de la fillette elle-même, je tente de rétablir une rectitude suffisante au prix d'une section de l'ankylose, suivie d'une résection du genou.

L'opération est entreprise le vendredi 21 novembre. Elle débute par une section de l'ankylose au moyen de l'arthrotome et du maillet; puis je continue par la résection des extrémités du fémur et du tibia. Je complète l'extension par la section sous-cutanée du tendon du biceps fortement rétracté. Le redressement est obtenu sans que j'aie eu à sacrifier une longueur trop considérable de la région condylienne du fémur.

En examinant la surface de section de cet os, je constatai dans l'épaisseur du condyle interne l'existence d'un noyau de substance caséeuse du volume d'une petite noisette; ce noyau était enkysté par une couche de tissu osseux compact, d'une épaisseur de 1 millimètre 1/2 environ, dont j'avais parfaitement senti la résistance au moment de la section de l'os. Le contenu était jaunâtre, et malgré cela non friable, très résistant même.

Cette découverte me causa une certaine perplexité; mais comme je désirais vivement ne commettre aucun dégât opératoire qui me contraignît à dépasser des limites de l'intervention que je m'étais assignée; que, d'autre part, je me trouvais en présence d'un résidu pathologique qui depuis des années était toléré sans aucun inconvénient par la malade, je passai outre et terminai une opération déjà longue et sérieuse par les dégâts que j'avais dû commettre.

Jusqu'à ce jour 7 décembre les choses ont marché régulièrement, et j'espère n'avoir point à me repentir de ma décision.

Quoi qu'il en soit, les trois exemples que je viens de citer montrent que certaines arthropathies fongueuses peuvent évoluer, et atteindre les dernières limites de la gravité, sans que pour cela les épiphyses articulaires soient le siège d'aucun dépôt tuberculeux; ils prouvent d'autre part que la coïncidence de ces dépôts n'empêche point d'obtenir des guérisons sans le recours à une grave intervention opératoire.

M. Championnière. Si j'ai avancé que je considérais l'ablation totale des tissus affectés comme indispensable à la guérison, j'ai dépassé ma pensée; car je reconnais que des malades peuvent guérir sans aucun traitement chirurgical. Mais je n'en conserve pas moins mes préférences pour les méthodes qui détruisent la totalité des tissus altérés. M. Ollier lui-même ne conseillait point autrefois des sacrifices aussi étendus que ceux qu'il recommande actuellement. Je ne puis donc, en principe, approuver l'arthrectomie.

Je connais des observations analogues à celles que vient de citer M. Marchand; mais le plus souvent il existe des lésions tuberculeuses des os, même sous des cartilages intacts en apparence. J'admets, du reste, la fréquence plus considérable de ces lésions chez l'enfant ; aussi n'entreprends-je la résection chez eux qu'à contre-cœur.

J'ai signalé déjà que, chez certains malades adultes qui ont subi la résection du genou, on observe un allongement notable du membre. Je l'attribue au travail ostéogénique productif qui se passe au niveau des surfaces réséquées. Cet allongement atteint des proportions suffisantes pour faciliter beaucoup la marche des individus chez lesquels on l'observe.

L'inégalité de longueur obtenue par un talon élevé, et qui au maximum ne pourrait dépasser trois centimètres, me semble incapable d'assurer une marche facile. La différence doit être plus grande, et telle que la résection seule peut la fournir avec avantage.

Je répète, en terminant, que les faits de M. Richelot sont trop récents, que l'avenir seul lui permettra de décider définitivement ; car je connais des chirurgiens, qui ont abandonné l'arthrectomie après l'avoir pratiquée.

Pourquoi M. Marchand a-t-il amputé ses deux malades, qui, ne présentant aucune lésion tuberculeuse des os, étaient dans de bonnes conditions pour la résection ?

M. Richelot. Messieurs, la malade que je vous présente répondra pour moi aux objections qui m'ont été faites. Aussi bien n'ai-je pas l'intention de les reprendre une à une ; je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit dans ma communication.

Cette jeune fille est ma première opérée. Elle est guérie depuis deux ans et demi et se porte parfaitement bien ; j'ai le droit de dire que la guérison est solide. Vous ferez sur elle les remarques suivantes :

1° Elle ne boite pas, car elle n'a pas le membre trop court. J'ai peine à comprendre qu'un raccourcissement de 7 ou 8 centimètres soit un bienfait des dieux. Je ne suis pas ennemi, tant s'en faut, de tous les arguments présentés par M. Championnière ; nous obéissons aux mêmes principes dans le traitement des tumeurs blanches ; je n'aime pas plus que lui les opérations économiques, et je n'aime pas du tout le curage articulaire de Volkmann, qui ne ressemble en rien à l'arthrectomie telle que je la préconise. Mais j'avoue qu'il me semble paradoxal d'affirmer que le raccourcissement soit utile à la marche, et constitue un des principaux avantages de la résection. J'ai vu des opérés de M. Championnière ; ils

étaient guéris, mais ils boitaient bas et leur démarche était disgracieuse.

2° Elle ne fauche pas, car elle n'a pas le membre trop long. Vous voyez qu'elle marche droit, sans aucune oscillation du corps; elle marche vite, avec aisance; elle court, elle danse avec la plus grande facilité. Je ne puis cependant pas concéder à M. Championnière que mes opérés fauchent. Ils ont un membre de bonne longueur, parce qu'il s'est placé de lui-même dans une très légère flexion. Notre collègue avance que la flexion est désastreuse; mais il ne faut pas jouer sur les mots : quand vous regardez la jambe de face, vous voyez qu'elle est droite, il faut la mettre de profil pour apercevoir une très minime inflexion dans l'axe du membre. C'est juste assez pour marcher commodément. Je savais cela du temps de mon internat; je savais que, lorsqu'une tumeur blanche du genou guérit spontanément par ankylose, il faut éviter l'extension absolue. Or, le résultat d'une bonne arthrectomie est identique à celui de la guérison spontanée la plus heureuse. Il ne s'agit pas là d'une flexion angulaire difforme et gênant la fonction; la jambe est droite, en somme, et la plante du pied repose à plat sur le sol.

Ainsi le membre a sa forme naturelle et la longueur qui convient à un fonctionnement régulier. Permettez-moi d'insister encore: cette opérée n'est pas une « acrobate » qui marche habilement avec un membre défectueux; elle marche naturellement et sans difficulté avec un membre qui est bon.

Je crois donc pouvoir répéter, en me fondant sur l'exemple que je vous montre, que le résultat fonctionnel de l'arthrectomie est meilleur que celui de la résection, et que c'est une opération légitime pour certains cas déterminés, avec les indications et les réserves que j'ai dites.

M. Routier. Ayant eu à pratiquer un certain nombre de résections du genou, opérations que je considère comme excellentes, je crois utile d'apporter ces nouveaux faits dans la discussion pendante.

J'ai pratiqué 18 résections du genou pour arthrites tuberculeuses, et n'ai perdu aucun malade.

Une fois, j'ai eu la main forcée et, au lieu d'une amputation de cuisse qui était nécessaire, j'ai dû, cédant à la demande expresse de la malade, tenter la résection; mais cette résection suppura, et je dus, deux mois après, amputer la cuisse. La malade est guérie de cette double intervention.

Je mets en fait et par-dessus tout qu'une résection, pour être bonne, *ne doit pas suppurer*.

Pour arriver à ce résultat, il faut enlever tout ce qui est malade. C'est parce que j'ai toujours voulu remplir cette indication que je n'ai jamais voulu faire d'arthrectomie.

Chez tous mes malades, les os étaient atteints; ceci n'est pas étonnant, car nous ne réséquons guère en France que les malades qui en sont au point où nos maîtres pratiquaient l'amputation. La résection n'est que le moyen thérapeutique ultime de l'arthrite tuberculeuse.

Toujours, ai-je dit, les os étaient atteints, et je les ai réséqués, creusés et évidés, *largâ manu*. Chez un malade âgé de 35 ans, notamment, quand j'ai eu nettoyé les os, il m'est resté à mettre en regard deux tubes creux, dont les bords eux-mêmes avaient des échancrures. Ce malade, marchand de vin de son état, reste toute la journée debout derrière son comptoir et peut se permettre les plus longues courses à pied. Il y a aujourd'hui deux ans et demi qu'il a été réséqué.

J'ai soumis à la Société, en 1887 et en 1889, mes deux plus beaux cas; deux frères que j'ai successivement réséqués à l'âge de 17 ans; ils ne boîtent pas du tout.

Sur mes 18 malades, il en est 8 que je revois de temps à autre, et leur état est des plus satisfaisants.

Je me comporte, pendant l'opération, comme M. Championnière, et n'ai jamais suturé les os qu'avec de la soie ou du gros catgut.

Mais pour les soins consécutifs, je suis revenu à ma manière première, que j'avais voulu abandonner, précisément sous l'influence de M. Championnière.

Je mets deux drains très courts aux deux angles de la plaie, et passe un crin de Florence qui fermera le trou laissé par les drains quand je les enlève.

Je supprime les drains après quarante-huit heures et ferme complètement la plaie avec mes crins d'attente. Ce pansement du troisième jour est difficile, doit être fait méticuleusement; mais, malgré tout, je le préfère au séjour prolongé des drains ou à l'absence de drainage.

Huit jours après, je fais un autre pansement pour enlever les crins de la suture cutanée; dès lors, je n'ai plus à soigner qu'une fracture simple, que je mets dans le plâtre du douzième au quinzième jour, et je fais lever le malade avec des béquilles et son plâtre dès le vingtième jour.

Tous mes malades ont marché. Ceux que je revois marchent très bien, et on est étonné du très petit hausse-pied qu'ils emploient.

J'ajoute en terminant que, comme pour toutes les tuberculoses

locales, la suppression du foyer malade a toujours été suivie, chez mes malades, d'une reconstitution de l'état général.

M. Quénu. Les conditions sont bien différentes s'il s'agit de tuberculoses primitives ou secondaires des articulations; les déterminations à prendre doivent s'en ressentir.

Les synovites primitives existent, je ne le nie point; elles constituent des formes très graves d'arthrite tuberculeuse; si l'intervention est exercée avec parcimonie dans ces cas, l'affection ne tarde pas à reprendre sa marche envahissante.

Chez les enfants, il ne faut point procéder à la résection comme chez les adultes. L'articulation ouverte, il faut laisser la scie de côté et se servir de la curette. C'est avec cet instrument que je poursuis aussi loin qu'il est nécessaire, et dans tous les recoins de l'articulation, les lésions articulaires. J'ai obtenu de bons résultats de cette manière de faire.

M. Marchand a eu tort d'affirmer innocente la masse caséeuse laissée dans le condyle de sa malade, vieille lésion tuberculeuse qu'il supposait guérie, puisque l'examen bactériologique pouvait seul autoriser cette supposition.

M. Marchand. Je répondrai à M. Championnière que j'ai amputé la malade qui fait le sujet de ma première observation non seulement en raison de l'étendue et de l'importance des lésions articulaires, mais parce qu'elle avait un volumineux abcès au-dessous des jumeaux, descendant jusqu'à mi-jambe. Ma seconde malade a 52 ans; elle était dans un état d'émaciation et de faiblesse tels qu'aucun chirurgien n'eût eu la pensée, un seul instant, de lui faire subir une résection du genou.

Communication.

Relevé statistique des opérations faites dans le service chirurgical de Lourcine-Pascal du 1er juin au 1er novembre 1890, et de la totalité des laparotomies faites depuis le 1er février 1889 jusqu'au 1er novembre 1890. — Remarques sur la laparotomie pour le pyosalpinx,

Par M. S. Pozzi.

Je viens présenter à la Société le relevé complet des opérations faites dans mon service pendant les trois derniers mois jusqu'au 1er novembre 1890, et de la totalité des laparotomies que j'ai faites

pendant près de deux ans [1] (soit à l'hôpital, soit en ville). Je ne publierai pas ici les observations, et je me bornerai à indiquer sommairement les causes de mes insuccès, ainsi que les particularités opératoires auxquelles j'attribue le plus d'importance dans le traitement du pyosalpinx par la *laparotomie*.

Pendant cette période de cinq mois, j'ai pratiqué à l'hôpital 86 opérations, dont 38 laparotomies et 48 opérations diverses par les voies naturelles. Je n'ai eu que 3 morts, dont 2 parmi les laparotomies et 1 parmi les autres opérations.

Ces opérations se décomposent ainsi :

Laparotomies.

Ablation des annexes pour fibromes utérins	3
— pour salpingites parenchymateuses	6
— pour péritonite et salpingite tuberculeuse (tubercules miliaires)	1
— pour hydrosalpinx	2
— pour pyosalpinx	12 †
— pour hémato-salpinx (grossesse tubaire récente avec apoplexie de l'œuf), dont 1 cas avec ovarite suppurée	2
— pour avaire sclérokystique avec dysménorrhée (Battey)	3
Ovariotomies	2
Laparotomie pour épiploïte suppurée	1
Hystérectomie abdominale pour corps fibreux	5
Splénectomie	1
Total	38
Guéries	36

Opérations diverses par les voies naturelles.

Hystérectomies vaginales pour épithéliomas	6
Morcellement intra-utérin de corps fibreux	1
Ablation de polype de l'utérus	1
Ouvertures d'abcès pelviens par incision abdominale	2
Raccourcissement des ligaments ronds (Alexander)	1
Fistule vésico-vaginale (juxta-cervicale)	1
Ablation d'épithélioma vulvaire et péri-uréthral	1
A reporter	13

[1] Cette dernière période s'étend du 1er février 1889 au 1er novembre 1890. Il y a eu une longue interruption de février à juin 1889 ; j'étais alors éloigné de Paris et remplacé à Lourcine-Pascal par mon collègue et ami Picqué.

Report	13
Colporrhaphies	2
Trachélorrhaphie (Emmet)	1
Curettages pour infection puerpérale récente	2
— pour métrite	16
— — avec opération sur le col	7
Amputations du col (pour métrite)	7
Total	48
Guéries	46

Les morts, au nombre de deux dans la première série d'opérations (*laparotomies*), sont relatives à des cas exceptionnellement graves.

Dans l'un, il s'agissait d'une hypertrophie énorme de la rate d'origine paludéenne. La malade avait contracté les fièvres intermittentes à Charonne, qu'elle n'avait jamais quitté. Depuis trois ans, elle s'était présentée dans mon service plusieurs fois pour me demander de l'opérer, parce qu'elle était incapable de gagner sa vie ; elle se portait du reste assez bien, et n'était gênée que par le grand volume de son ventre, qui égalait celui d'une grossesse à terme. Elle avait été soumise sans succès aux traitements les plus divers, notamment à l'hydrothérapie et à l'usage prolongé du sulfate de quinine et de l'arsenic. Après avoir constaté qu'il n'y avait pas du tout de leucocythémie, je consentis, enfin, à céder à ses instances. L'opération fut faite sans grande hémorrhagie malgré une adhérence étendue au foie et quelques adhérences pariétales, grâce au pincement rapide des vaisseaux du hyle. Mais la malade succomba au bout de quarante-huit heures à la péritonite. A l'autopsie, on constata qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie secondaire, mais que le foie était profondément altéré par la cirrhose. La rate enlevée pesait 8 livres.

Le second cas de mort après laparotomie n'est survenu qu'au bout de deux mois, chez une femme opérée d'hystérectomie abdominale pour un énorme corps fibreux qui pesait plus de 19 livres. La malade a succombé à des accidents de ramollissement cérébral qui s'étaient prononcés presque aussitôt après l'opération (hémiplégie droite, aphasie, gâtisme). Il est probable que l'embolie était partie d'un cœur dégénéré où s'étaient formés des caillots pendant l'anesthésie. Je noterai aussi chez cette malade, comme ayant contribué à l'affaiblir, une fistule stercorale au niveau du pédicule ; elle était due à la mortification d'une partie de l'intestin, le fibrome ayant été décortiqué jusque dans l'épaisseur du mésentère ; mais ce dernier accident eût été par lui-même tout à

fait incapable d'entraîner la mort. On voit, en résumé, que celle-ci ne se rattache que très indirectement à l'opération.

Dans la seconde série (*opérations par les voies naturelles*), le cas de mort unique provient d'une hystérectomie vaginale ; elle est imputable à une faute ou plutôt à un malheur opératoire, et aurait certainement été évitée sans cela. La malade a succombé le dixième jour à une péritonite à marche lente, caractérisée surtout par de l'algidité. Elle a été causée par un petit tampon de coton hydrophile qui avait servi à absterger le cul-de-sac de Douglas et s'était détaché de la pince fixatrice. Depuis lors, je ne me sers plus comme porte-éponges que de pinces à crochets.

Tel est le résultat général de ma pratique hospitalière du 1er juin au 1er novembre de cette année. Je vous demande maintenant la permission de récapituler la totalité des laparotomies que j'ai pratiquées, soit en ville, soit à l'hôpital, depuis le 1er février 1889 jusqu'au 1er novembre 1890. Je n'ai, pour cela, qu'à ajouter à la statistique précédente un relevé que j'ai publié cette année même dans les *Annales de gynécologie*, sous ce titre : *Remarques cliniques et opératoires sur une série de* 30 *laparotomies* [1]. Elles se décomposent ainsi :

Ovariotomies (grands kystes de l'ovaire)..................	4
Hystéro-ovariotomie (kyste de l'ovaire)....................	1
Ablation des annexes pour salpingites parenchymateuses et ovaires polykystiques............	5
— pour ovaires scléro-kystiques avec dysménorrhée (Battey)..............	1
— pour fibromes utérins................	1
— pour pyosalpinx et abcès pelviens......	12
Hystérectomies abdominales pour fibromes................	3
Gastro-hystéropexies pour rétroflexions adhérentes.........	2
Entérorrhaphie pour fistule stercorale.....................	1
Total..........................	30
Guéries........................	28

Dans cette série, j'ai deux morts. L'une a été causée par l'ovario-hystérectomie faite chez une femme très cachectique et pour un cas complexe. L'autre provient d'un pyosalpinx sur lequel je reviendrai plus tard.

[1] Dans ces trente cas étaient comprises toutes mes opérations, soit à l'hôpital, soit en ville. Leur petit nombre relatif provient de ce que j'étais resté éloigné de Paris une grande partie de l'année pour la rédaction de mon *Traité de gynécologie*.

Enfin, une dernière petite série que je dois ajouter aux précédentes comprend les 8 cas opérés en ville du 1er juin 1890 au 1er novembre 1890[1], savoir :

Hystérectomie pour corps fibreux........................	1
Pyosalpinx..	1
Ovariotomie (kyste para-ovarien)........................	1
Ablation des annexes pour ovarite chronique..............	4
» pour salpingite parenchymateuse......	1
Total.............	8

Une seule de ces malades a succombé : l'hystérectomie abdominale pour fibromes.

Si je réunis, maintenant, ces diverses séries, je trouve un total de 76 laparotomies, la plupart graves, avec 5 morts, et, en faisant abstraction de la splénectomie, qui est une opération véritablement *hors cadre* par sa gravité, il reste 75 laparotomies pour affections dépendant des organes génitaux[2], avec 4 morts, ainsi réparties : 3 hystérectomies abdominales (dont 2 pour corps fibreux et 1 comme complément d'une ovariotomie laborieuse) et 1 pyosalpinx.

La totalité de mes *hystérectomies supra-vaginales pour corps fibreux* (du 1er février 1889 au 1er novembre 1890) est de 7 cas à l'hôpital, avec 1 mort, et de 2 en ville, avec un 1 mort, soit, en somme, 9 opérations, avec 2 morts. J'ai toujours employé la ligature élastique avec pédicule externe.

Je désire, avant de terminer, présenter quelques remarques sur *l'opération du pyosalpinx et des abcès pelviens par la laparotomie.*

Si je réunis toutes les observations de suppurations des annexes de l'utérus que j'ai opérées du 1er février 1889 au 1er novembre 1890, j'arrive à un total de 26 pyosalpinx ou ovarites suppurées (énucléables) ou abcès pelviens (non énucléables) traitées par la laparotomie, savoir : 12 observations de février 1889 à février 1890 ; 12 observations du 1er juin 1890 au 1er novembre 1890 à l'hôpital ; 1 en ville dans la même période ; j'y joins une observation d'hémato-salpinx compliquée d'ovarite suppurée opérée à l'hôpital.

[1] Avec la collaboration de MM. de Lostalot-Bachoué et Baudron.

[2] L'épiploïte suppurée qui a nécessité la laparotomie quinze jours après une première laparotomie pour pyosalpinx paraît avoir été causée par une infection de l'épiploon due à une adhérence déchirée dans la première opération. Ce cas se rapporte donc indirectement à une affection des annexes de l'utérus.

Ces 26 cas ont donné 26 guérisons et 1 mort, soit une mortalité d'un peu moins de 4 0/0.

Voici les points par lesquels ma pratique peut différer de celle d'un certain nombre de mes collègues, dans la laparotomie faite pour la suppuration des annexes :

1° Je fais une *incision*, très petite, à partir de la symphise pubienne, excédant rarement 10 centimètres ; elle doit être seulement suffisante pour laisser passer la main. Celle-ci se guide sur le fond de l'utérus pour arriver aux annexes, qui sont le plus souvent repliées et enroulées sur elles-mêmes, vers le cul-de-sac de Douglas. Quand la tumeur est adhérente, je recherche avec le bord cubital de la main ce que j'appelle le *plan de clivage* suivant lequel le décollement peut s'effectuer, et, dès qu'il est commencé, il est poursuivi sans interruption jusqu'à ce que la tumeur soit amenée dans l'incision abdominale. Lorsque la poche purulente est volumineuse et excède le volume des deux poings, il est prudent de la ponctionner, à l'aide d'un aspirateur, avant de la détacher; mais lorsque la tumeur est petite, il est beaucoup plus commode de rompre les adhérences sans l'avoir vidée, et avec un peu d'habitude on y arrive sans la rompre. J'insiste beaucoup sur ce fait qu'il faut se passer ordinairement de la vue et procéder uniquement avec le toucher; on se rend parfaitement compte, ainsi, des rapports anatomiques et des résistances à vaincre, et l'on évite le grand inconvénient des incisions étendues : la tendance à l'issue des intestins. Dans la plupart des cas, on opérera sans voir ces derniers; ils seront séparés de la main qui opère par une compresse-éponge. Parfois on se trouvera bien de faire prendre à l'opérée une position très déclive, rejetant vers l'ombilic tout le paquet intestinal.

Il faut être averti de la fréquence assez grande des *adhérences intestinales*, et en particulier de l'adhérence de l'appendice cæcal aux pyosalpinx du côté droit. Celle-ci est importante au point de vue opératoire, et l'on se gardera de prendre l'appendice cæcal pour un pédicule tubaire dont les rapports auraient été changés. Au point de vue de l'étiologie de certaines suppurations des annexes, l'adhérence intestinale mérite aussi plus d'attention qu'on ne lui en a généralement accordé. Dans deux cas où toute espèce de cause de suppuration tubaire faisait défaut, j'ai noté, dans les antécédents immédiats, une fois une fièvre typhoïde, une autre fois une entérite. On peut se demander si, dans le cours de ces affections intestinales, des adhérences ne s'étaient pas faites avec les annexes et n'avaient pas servi à y propager une inflammation suppurative. On sait, par les recherches de Poirier, l'extrême richesse en lymphatiques de ces adhérences.

Enfin, au point de vue du diagnostic, il n'est pas douteux que les rapports intimes qui peuvent exister, entre les annexes du côté droit et le cæcum, ont été l'objet de fréquentes erreurs dans l'interprétation de certaines inflammations de ces organes. On a souvent pris, pour des attaques de pérityphlite, des poussées aiguës d'oophoro-salpingite à droite. J'en ai, dans ce moment-ci, un exemple sous les yeux, chez une malade que j'ai opérée avec le professeur Fournier. L'erreur inverse doit être beaucoup plus rare, mais peut aussi se présenter.

Je fais toujours l'excision des trompes le plus près possible de la corne utérine, et je *cautérise* le pédicule au thermocautère.

Je m'abstiens généralement de *drainage;* je ne le fais que dans deux circonstances : ou bien lorsque l'écoulement sanguin résultant du décollement des adhérences n'a pas complètement cessé par la compression avec des compresses-éponges, et qu'il doit vraisemblablement persister après la suture des parois abdominales ; ou bien encore lorsque le péritoine a été souillé par du pus. Dans ce dernier cas, je fais aussi le *lavage* avec de l'eau bouillie chaude contenant six pour mille de chlorure de sodium. Une seule fois, l'an dernier, je me suis départi de cette règle : je n'ai fait ni lavage ni drainage chez un malade où un peu de pus avait souillé la séreuse, me bornant à une toilette exacte avec les compresses. C'est le seul cas de mort de ma série de 26 faits, et je ne retomberai plus dans la même faute.

Je fais le drainage de deux façons. Dans les cas simples, j'introduis une *lanière double de gaze iodoformée* jusque dans le cul-de-sac de Douglas, en la faisant sortir au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale. Je préfère beaucoup cette mèche à un tube de caoutchouc ou de verre. La gaze permet au liquide de filtrer à côté d'elle, et elle l'appelle en outre, pour ainsi dire, par sa capillarité.

Dans les cas graves où le péritoine pelvien a été largement lacéré ou souillé, et aussi dans ceux où l'on doit le protéger contre une infection provenant d'une paroi d'abcès restée adhérente, je fais le *tamponnement antiseptique du péritoine* avec un sac de gaze iodoformée rempli de bandelettes de même nature. Cette manœuvre, précédée du lavage, constitue pour moi le procédé de choix de traitement des abcès pelviens qu'on n'a pu énucléer. A ce propos, je dois m'élever contre une faute de technique qui pourrait rendre dangereux ce précieux moyen de traitement. Je l'avais déjà signalée dans le mémoire que j'ai présenté à la Société sur ce sujet, et qui fit pour la première fois connaître le procédé de Mikulicz dans notre pays. Mais ma remarque est passée inaperçue

de certains chirurgiens, ainsi que le prouve un récent article[1]. J'avais recommandé de se servir de gaze *très faiblement* iodoformée, afin d'éviter l'absorption de l'iodoforme, qui se fait avec bien plus d'énergie dans une plaie cavitaire que dans une plaie en surface. J'ai l'habitude de faire secouer ou battre la gaze des hôpitaux pour la débarrasser entièrement de la poudre en excès qu'elle contient. Grâce à cela, je n'observe jamais d'intoxication. Les accidents qu'ont eu à déplorer certains chirurgiens, et qu'ils attribuent à tort à la méthode, ne sont dus qu'à un défaut de technique chez ceux qui surchargent de poudre d'iodoforme la gaze, ou même l'orifice de la plaie abdominale.

Après l'opération fondamentale, il reste encore, dans toute laparotomie, à faire une opération complémentaire : la *restauration de la paroi abdominale*. Je me sers à dessein de ce mot au lieu de celui de *suture*. En effet, il faut procéder à ce dernier temps de l'opération avec tout le soin qu'on mettrait à une autoplastie, et ne pas se borner, comme on fait d'habitude, à « refermer le ventre » par quelques points de suture en masse, rapidement passés à travers toute l'épaisseur de la paroi. En agissant ainsi, on obtient, à la vérité, comme par hasard, de bonnes et solides cicatrices dans un certain nombre de cas. Mais trop souvent on n'a de la sorte qu'une réunion incomplète des divers plans de la paroi abdominale, et notamment des plans fibreux. Il en résulte qu'on expose les malades à l'écartement de la ligne blanche et à l'éventration. Alors même que l'affaiblissement de l'enceinte abdominale ne va pas jusqu'à rendre possible une hernie à son niveau, elle est responsable des troubles variés qu'on observe chez nombre d'opérées, et notamment de l'asthénie et de l'impotence qui rentrent dans le syndrome si bien étudié par F. Glénard sous le nom d'*entéroptose*.

Afin d'éviter ces inconvénients divers, j'emploie depuis plus de quatre ans[2] une suture à plans superposés qui réunit tissu à tissu avec un soin extrême. Un premier surjet de catgut affronte le péritoine ; un second surjet (fait avec la même aiguillée) suture exactement les muscles et aponévroses. Enfin la réunion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané est assurée par deux ou trois points au plus de suture profonde à la soie et par un surjet au catgut ne comprenant que la peau. Il faut de sept à dix minutes pour refer-

[1] Ch. Audry, De l'intoxication iodoformée consécutive au tamponnement péritonéal de Mikulicz (*Lyon médical*, 16 novembre 1890, t. LXV, p. 357).

[2] J'ai décrit pour la première fois cette suture dans les *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, séance du 19 octobre 1887. A ce moment-là, j'étais le seul à l'employer en France. Depuis lors quelques-uns de mes collègues m'ont, je crois, imité.

mer ainsi l'abdomen d'une manière parfaite. Les cicatrices qu'on obtient sont fermes, linéaires, formées d'un raphé fibreux qui rappelle la cloison des corps caverneux de la verge.

Dans tous les cas de ma série de pyosalpinx, la réunion s'est faite par première intention, même lorsqu'il y a eu drainage ou tamponnement du péritoine. Aussi le point de passage de la bandelette de gaze ou du sac de Mikulicz est-il simplement marqué par une petite dépression de la cicatrice, sans affaiblissement notable en ce point. Je dois, du reste, noter que je ne laisse ordinairement le drainage en place pas plus de deux ou trois jours [1].

Lecture.

M. le Dr Schmidt lit une observation de *kyste dermoïde sublingual* guéri par l'extirpation.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Routier, Reclus et Delens, rapporteur.)

Présentation de malade.

Lupus du front rebelle. Extirpation. Autoplastie par la méthode italienne. Section du pédicule le dixième jour. Guérison.

M. Schwartz présente un jeune malade de 14 ans, atteint depuis dix ans d'un lupus du front. Ce lupus a été rebelle aux grattages, aux cautérisations par le thermocautère et le galvano-cautère associées à un traitement général.

Voici l'état actuel : il existe au front une ulcération arrondie, allant d'un côté jusqu'au milieu du front, de l'autre jusqu'au tiers

[1] M. Picqué, qui m'a suppléé dans mon service de février à juin 1890, et qui a bien voulu s'inspirer de ma propre pratique dans ses opérations, a obtenu des succès que je suis heureux de consigner ici. Il n'a pas eu un seul décès sur un nombre considérable d'opérations grandes et petites. Les plus importantes sont celles-ci : pyosalpinx, 3; kystes de l'ovaire et des ligaments larges, 3; salpingites parenchymateuses, 3; hystéropexie, 1. Total, 10 *laparotomies*, qui portent à 48 le nombre de celles qui ont été faites en neuf mois à Lourcine-Pascal (février à novembre 1890), avec 2 morts (une néphrectomie et une hystérectomie abdominale), soit environ 4 0/0. M. Picqué a, en outre, pratiqué avec succès dans la même période 2 opérations graves : 1 néphropexie et 1 morcellement de fibromes utérins par la voie vaginale.

externe du sourcil gauche, envahissant en bas la paupière supérieure dans son tiers interne, remontant en haut à 3 centimètres du cuir chevelu. Irrégulière d'aspect, elle fait une certaine saillie sur la peau environnante; son centre est recouvert de croûtes, tandis que ses bords offrent une coloration violacée et sont taillés à pic.

Aucun traitement n'ayant réussi, nous nous décidons, le 7 octobre 1890, à faire l'extirpation large du lupus ulcéré et, dans la même séance, l'autoplastie.

1° Ablation au bistouri, à un demi-centimètre des bords et sur la peau saine, de tout l'ulcère lupeux; on enlève tout jusqu'au périoste frontal. La plaie étant bien nettoyée et recouverte de gaze iodoformée, on change d'instruments.

2° On taille sur la peau de la face antérieure de l'avant-bras gauche un lambeau cellulo-cutané adhérent par un pédicule large au bord interne du membre. L'avant-bras est relevé; le lambeau, rabattu en bas, est suturé par des crins de Florence au pourtour de la solution de continuité du front. Le pédicule est en haut. L'avant-bras étant maintenu par un aide et quelques tours de bandes, pansement à la gaze iodoformée des plaies restantes de l'avant-bras et du front au niveau du pédicule, puis application d'une gouttière plâtrée sur l'avant-bras et le bras reliés par une attelle verticale à une ceinture thoracique, de façon à soutenir le membre et à l'immobiliser.

Pansement ouaté. Les choses se passèrent très bien.

Au bout de dix jours, le 17 octobre, section du pédicule, après avoir constaté que le lambeau vivait et tenait par sa périphérie.

Les jours suivants, un peu de desquamation épithéliale superficielle; le gonflement diminue de plus en plus, et la peau transplantée se met de niveau avec celle du front.

La plaie de l'avant-bras est greffée avec de la peau de grenouille.

Actuellement, 3 décembre, le petit opéré est parfaitement guéri. Le résultat esthétique est très satisfaisant. Le lambeau transplanté est encore un peu saillant et pâle; mais sa surface est de niveau sur les bords par une cicatrice très régulière avec les téguments du front. Aucune tendance à l'ectropion.

Nous avons présenté ce petit malade comme un bel exemple de restauration par l'autoplastie par la méthode italienne. Nous avons sectionné le pédicule dès le dixième jour, nous basant sur l'âge du sujet et sur la vascularisation si grande des téguments de la face.

Il est bon de savoir que, dans ces conditions, l'on pourra délivrer le patient des attitudes incommodes et fatigantes qu'on est

obligé de lui donner, beaucoup plus tôt que lorsqu'il s'agit d'adultes ou d'autres régions.

Présentation de malade.

M. Routier présente une jeune femme de 20 ans, chez laquelle il a pratiqué la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse. Son état était très grave alors ; aujourd'hui la santé s'est complètement rétablie; l'embompoint a notablement augmenté.

Discussion.

M. Terrillon. J'ai revu récemment une jeune fille dont il a été question ici, et que j'avais opérée pour une péritonite tuberculeuse à forme sèche. Elle a engraissé de 25 livres, et sa santé est parfaite actuellement.

M. Kirmisson ne pense pas que le diagnostic soit suffisamment établi pour que l'on puisse affirmer la nature tuberculeuse des lésions.

M. Terrier. Je rappellerai à M. Terrillon que l'examen bactériologique n'a pas été fait en ce qui concerne sa malade.

M. Routier, en ne donnant ni examen histologique, ni preuves bactériologiques de son diagnostic, autorise tous les doutes qu'on pourrait émettre quant à son exactitude.

J'ai dans mon service une jeune fille au sujet de laquelle des inoculations positives ont été obtenues. Je l'ai opérée, mais elle ne se relève que bien lentement et reste toujours dans un assez fâcheux état.

M. Schwartz. J'ai pu suivre la malade que j'ai opérée. J'ai constaté aujourd'hui même que le liquide se reproduit. Il faut donc suivre longtemps les malades avant de se prononcer sur leur guérison définitive.

Présentation de malade.

M. Routier présente un malade auquel il a fait subir la résection des deux hanches pour remédier à une double ankylose à angle droit.

Ce malade présentait en même temps une ankylose étendue de la région lombaire de la colonne vertébrale.

Discussion.

M. Quénu. Pourquoi M. Routier a-t-il préféré la résection double à l'ostéotomie sous-trochantérienne ? J'ai pratiqué une opération de ce genre qui m'a donné de très beaux résultats.

M. Kirmisson. La plupart des auteurs sont d'accord pour conseiller la résection d'un côté ; puis, de l'autre, et à l'effet d'obtenir une plus grande solidité, l'ostéotomie sous-trochantérienne. J'ai cependant fait chez une petite fille une double section sous-trochantérienne et ai été satisfait du résultat. Je suis, en tout cas, fort opposé à la double résection.

M. Routier. J'ai pratiqué la résection des deux côtés chez mon malade, parce que chez lui la colonne vertébrale est ankylosée, et qu'on ne pouvait compter sur les mouvements supplémentaires de cette région pour rendre la marche possible.

La résection du côté gauche, pratiquée la première, m'avait fourni une ankylose presque complète ; aussi n'ai-je eu aucune hésitation à faire une nouvelle résection à droite.

Présentation d'instrument.

M. Quénu présente une pince destinée à l'oblitération temporaire de l'intestin pendant les résections de ce canal. Les mors sont garnis de coussins remplis d'air dont l'action ne peut exercer aucune lésion fâcheuse sur les parties comprimées.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 10 décembre 1890.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une *observation d'hystéropexie*, par le Dr de Vlaccoz (commissaire, M. Terrier).

Communication.

Remarques complémentaires sur la laparotomie pour le pyosalpinx et les abcès pelviens,

Par M. S. Pozzi.

Je veux ajouter quelques remarques complémentaires à ce que j'ai dit dans la séance précédente sur le traitement du pyosalpinx.

Convient-il d'intervenir immédiatement quand la malade présente de la fièvre ou des signes de péritonite ? Ce point paraît encore douteux pour beaucoup d'auteurs. Pour ma part, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

La *fièvre* est, dans ces cas-là, due bien plus à l'inflammation périphérique (péri-métro-salpingite) qu'au pyosalpinx lui-même. Il m'est arrivé alors plusieurs fois de trouver, au moment de l'opération, deux collections distinctes : l'une, intra-tubaire, formée par du pus séreux évidemment ancien ; l'autre, périphérique, contenant du pus crémeux d'origine récente. C'est cette dernière qui était la cause de l'élévation de température ; on sait, en effet, que la fièvre peut totalement manquer dans le pyosalpinx simple. — Plusieurs de mes observations sont relatives à des malades opérées avec 39 et 40 degrés de température, et qui ont parfaitement guéri.

La *péritonite* peut exister, du reste, sans phénomènes fébriles, et être caractérisée, au contraire, par le refroidissement qui accompagne les vomissements porracés, la petitesse et la fréquence du pouls, l'anurie, l'aspect grippé de la face, etc. J'ai opéré deux malades dans ces conditions, et toutes deux ont guéri. La première seule fait partie de la série des vingt-six suppurations pelviennes que j'ai citées dans la précédente séance. Quant à la seconde, elle a été opérée plus récemment, et il n'y avait pas chez elle de suppuration. Voici, du reste, l'histoire abrégée de ces deux malades :

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle un médecin, d'ailleurs fort instruit, avait méconnu l'affection véritable pour croire à une simple métrite. Il avait pratiqué un curettage ; mais, au cours de l'opération, il s'était aperçu que l'utérus avait été perforé et avait, par suite, laissé l'opération inachevée. Aussitôt la malade, qui jusque-là n'avait aucun phénomène grave, fut prise d'accidents péritonitiques aigus. Je la vis vingt-quatre heures après et la trouvai dans un état des plus graves : vomissements fréquents, prostration complète des forces, état algide, pouls misérable ; le toucher m'ayant permis de reconnaître la présence de tumeurs fluctuantes du côté des annexes, je me décidai à faire la laparotomie. Je fus très frappé pendant cette opération de la température extraordinairement basse des organes parmi lesquels je plongeais ma main ; rien ne pouvait donner une idée plus nette que l'opération était pratiquée *in extremis*. Je reconnus la perforation utérine qui était obturée par un caillot sanguin ; je pus extraire sans trop de difficultés, de chaque côté de l'utérus, deux poches de pus. Ces quatre collections distinctes étaient formées aux dépens des trompes et des ovaires, transformés en abcès contenant en totalité un demi-litre de pus verdâtre et odorant. Comme seule lésion de péritonite, il existait un peu de sérosité louche dans la cavité séreuse. L'opération s'étant faite sans qu'aucune poche eût été crevée, je m'abstins de faire le lavage du péritoine. Mais je crus prudent d'introduire dans le cul-de-sac de Douglas une mèche de gaze iodoformée qui passait au-dessus du fond de l'utérus et formait ainsi une sorte de pansement protecteur au niveau de la perforation. La malade resta encore vingt-quatre heures algide et dans un état presque désespéré ; puis la réaction se fit, et elle guérit sans aucun incident. L'opération avait eu lieu en province.

Dans la seconde opération, qui a été faite récemment dans mon service (et à laquelle assistait M. Delbet, prosecteur de la Faculté), je suis encore intervenu en pleine péritonite. Cette malade, depuis un accouchement datant de six mois, n'avait pas cessé de souffrir,

lorsqu'elle fut brusquement prise d'accidents aigus : ballonnement du ventre, absence totale d'évacuations, vomissements porracés ; pas d'élévation de température. Au toucher combiné avec la palpation bi-manuelle, on sentait sur les côtés de l'utérus des tumeurs élastiques et rénitentes, sans qu'il fût possible de décider si cette sensation était due à la présence de collections liquides, ou à celle d'anses intestinales distendues et agglutinées (*entérocèle adhésive*).

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai un paquet d'anses intestinales très congestionnées et très distendues. Elles étaient collées l'une à l'autre par des fausses membranes fibrineuses existant au niveau de chaque plicature et s'opposant à la circulation des gaz. Je déroulai soigneusement l'intestin et j'enlevai plusieurs fragments de fausses membranes. Je pus constater que la lésion était circonscrite au petit bassin, et il fut facile d'en connaître la cause dans l'état des annexes de l'utérus. En effet, les pavillons des deux trompes étaient très épaissis et d'une couleur rouge livide, quoique non oblitérés ; un peu d'infiltration séreuse existait dans l'aileron du ligament large ; quant aux ovaires, ils n'offraient pas d'altération notable. Il me parut dès lors infiniment probable que cette pelvipéritonite avait pris naissance autour d'une salpingite aiguë, ayant entraîné l'épanchement dans le péritoine d'un peu de liquide septique, par suite de la non-oblitération du pavillon tubaire. Je n'hésitai donc pas à sacrifier les annexes de l'utérus, en cautérisant soigneusement le pédicule ; puis je fis le lavage du péritoine et le drainage avec une bandelette de gaze iodoformée. La malade guérit rapidement.

En résumé, la *laparotomie* est, pour moi, la vraie méthode curative des suppurations pelviennes. Elle a l'immense avantage d'être tout d'abord une incision exploratrice et d'offrir une voie commode, soit pour l'extirpation des tumeurs enkystées, soit pour l'évacuation et la désinfection des abcès qu'on ne saurait énucléer. Elle permet, dans l'immense majorité des cas, d'enlever toutes les parties malades, et rien que ces parties. Elle est ainsi supérieure aux autres modes de traitement, et en particulier à l'*incision simple* avec drainage, même lorsque celle-ci est facilitée par la saillie de la collection du côté du cul-de-sac postérieur du vagin.

Je me garderai toutefois de proscrire cette dernière, mais je la considère comme une opération palliative qu'on doit réserver à une très petite catégorie de faits. On pourra s'y résoudre, par exemple, lorsque, dans un cas urgent, on ne saurait, faute d'installation suffisante, pratiquer une laparotomie. On devra encore recourir à la simple incision si la malade, atteinte d'une maladie

chronique, ne présente pas de chances notables de survie et ne saurait être exposée sans danger à une grave opération. Telle est la conduite que j'ai tenue dans deux cas mentionnés (sous la rubrique d'incision d'abcès pelviens) dans la première statistique que je vous ai présentée dans la dernière séance. Dans un de ces faits, il s'agissait d'une femme atteinte à la fois de tuberculose pulmonaire et de cancer du corps de l'utérus. Il se produisit chez elle une suppuration de la cavité pré-vésicale de Retzius, ayant pour origine les trompes. Je me bornai à l'inciser largement et à la tamponner à la gaze iodoformée ; cette cavité était presque oblitérée lorsque la malade succomba aux progrès de sa double affection chronique. Dans le second cas, je pratiquai la laparotomie *sous-péritonéale* pour ouvrir un abcès pelvien chez une femme albuminurique qui présentait des symptômes d'urémie chronique et une thrombose de la veine fémorale du côté gauche ; je la jugeai donc hors d'état de supporter une laparotomie. Après l'évacuation de son abcès, son état s'est amélioré d'une manière véritablement surprenante, et elle a pu quitter le service, cicatrisée, se croyant guérie, quoique toujours albuminurique.

Toutefois les guérisons obtenues par l'incision simple des abcès, que celle-ci soit faite par la paroi abdominale ou par le vagin, me paraissent offrir peu de sécurité au point de vue da la guérison définitive. Elles laissent en effet subsister des résidus inflammatoires constitués par les parois des poches purulentes qu'on n'a pu ni extirper, ni suffisamment modifier. Les malades restent exposées à des accidents chroniques, et aussi au retour offensif d'une inflammation aiguë au niveau de leurs anciens foyers. On peut comparer ces faits aux anciennes ostéites, guéries provisoirement avec inclusion de séquestres; on sait que ceux-ci sont une menace perpétuelle, et que le *microbisme latent* peut se réveiller sous une impulsion venue soit du milieu intérieur, soit du milieu extérieur. J'ai, dans ce moment-ci, dans ma salle d'hôpital un exemple instructif. Il s'agit d'une femme qui a été soi-disant guérie, par l'incision vaginale, d'une suppuration pulvienne, il y a cinq ans, dans un grand service chirurgical de Lyon. Quoique momentanément améliorée, elle n'a pas cessé depuis lors de souffrir, et elle est entrée à Lourcine-Pascal avec des phénomènes de péri-métro-salpingite aiguë dont elle a depuis eu plusieurs poussées.

Je ne dirai que quelques mots de l'*hystérectomie vaginale* appliquée au pyosalpinx, et sur laquelle je n'ai pas d'expérience personnelle. J'avoue, du reste, toute ma répugnance à en acquérir, et voici quelles sont les causes de ma défiance :

Dans un grand nombre de cas il est impossible avant d'avoir ouvert le ventre de savoir si on a affaire à un pyosalpinx plutôt

qu'à un hydrosalpinx, à un hématosalpinx ou à une salpingite parenchymateuse avec maladie kystique de l'ovaire. L'hystérectomie, dont la seule utilité est d'établir une large voie de drainage pour la suppuration, n'est-elle pas une opération irrationnelle dans toute autre circonstance ? On s'expose donc, dans beaucoup de cas, à faire inutilement une opération assez dangereuse. Pour échapper à cette objection, il faudrait soutenir que la *castration utérine* est susceptible d'amener indirectement la guérison de toutes les affections chroniques des trompes et des ovaires laissés en place, comme dans les cas où les annexes sont trop adhérentes pour être extirpées par le vagin avec l'utérus. Il faut, en d'autres termes, consentir à substituer franchement, dans les maladies des annexes, le traitement *indirect* au traitement *direct*. Une pareille conduite suppose démontrés deux points qui me paraissent jusqu'ici très contestables : d'une part, que l'hystérectomie est efficace dans toutes les lésions des annexes ; d'autre part, qu'elle est moins dangereuse que leur simple extirpation. L'expérience clinique, de longue durée, peut seule répondre sur le premier point et la statistique sur le second : mais *a priori* ces propositions sont hasardées.

Enfin, il faut réduire à sa juste valeur l'objection capitale qu'on fait à la laparotomie pour lui préférer l'hystérectomie vaginale. L'incision abdominale, a-t-on dit, a l'inconvénient de donner une cicatrice plus ou moins difforme, et susceptible de se distendre. Mais si l'on pratique la suture avec les procédés que j'ai indiqués et si l'on réduit l'incision aux proportions que je crois suffisantes, la difformité se réduit à une ligne cicatricielle de 6 à 8 centimètres, et l'on n'est nullement exposé à observer l'éventration.

Rapport.

Occlusion intestinale produite par un kyste dermoïde de la région ovarique droite. Laparotomie ; extirpation ; guérison, par M. Ricard.

Rapport par M. Routier.

Messieurs, je viens vous rendre compte d'une observation très intéressante d'occlusion intestinale produite par un kyste dermoïde de la région ovarique droite, guéri par la laparotomie et l'ablation du kyste.

M. le Dr Ricard, suppléant M. le professeur Verneuil, recevait dans son service, le 5 août 1890, une jeune femme âgée de 24 ans,

qui, n'ayant jamais été malade, avait été prise brusquement et sans cause appréciable, le 1er avril, de douleurs vives dans la région droite de l'abdomen. Ces douleurs avaient bientôt été suivies de vomissements, et ceux-ci étaient fécaloïdes dès le 3 au soir.

Le ventre était ballonné, les selles et les gaz étaient supprimés depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis quatre jours.

C'est en présence de ces accidents, et, il faut bien le dire, sans diagnostic ferme, que M. Ricard entreprit la laparotomie.

La main introduite dans le ventre put bientôt sentir une masse dure, irrégulière, adhérente à la paroi abdominale et aux anses intestinales ; celles-ci, fort distendues, furent en partie sorties de la cavité et protégées avec des compresses.

On put voir alors une masse blanchâtre, nacrée, comme cartilagineuse, enveloppée de toutes parts par des anses intestinales vides et adhérentes à la masse, celle-ci était reliée à l'utérus par un pédicule charnu cylindrique de 3 centimètres de diamètre, et de 10 centimètres de long.

Toutes ces adhérences furent libérées, et la tumeur put être enlevée. Au moment de la section du pédicule lié à la soie, il s'écoula une matière grumeleuse, blanchâtre ; on se hâta de cautériser au thermocautère la surface de section.

La paroi fut ensuite recousue au crin de Florence ; l'opération avait duré près d'une heure.

La tumeur principale était formée par un kyste dermoïde à contenu d'apparence sébacée, mais sans poils ni autres productions.

Le pédicule était formé de tissu fibro-musculaire, enveloppant l'ovaire, méconnaissable extérieurement, mais non altéré dans sa structure et présentant dans son épaisseur un volumineux corps jaune.

Tel est, copié textuellement, le court examen anatomique de la pièce.

La malade, d'abord en hypothermie, se releva avec des injections d'éther et quelques cuillerées de rhum.

Les vomissements cessèrent, il y eut une débâcle, enfin elle est parfaitement guérie.

Malgré de nombreuses recherches, je n'ai pas trouvé d'observation semblable.

On trouve au contraire des cas, et j'en ai observé moi-même deux pour ma part, où un kyste, se tordant sur son pédicule, donne lieu à tous les signes de la péritonite, qu'il est très facile de confondre avec une occlusion.

Mais ici il n'est pas fait mention de torsion du pédicule, et la couleur blanche et nacrée conservée par le kyste ne serait pas en rapport avec pareil accident.

Au cours de son observation, l'auteur rapporte qu'il a trouvé, dans la partie située entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure, une sorte de cavité comme un nid, capable de loger un œuf, et il se demande s'il ne s'était pas glissé là quelque anse intestinale qu'il en aurait dégagée par ses manœuvres.

C'est une hypothèse.

Quant aux adhérences, elles paraissent être anciennes, d'après la description, et même très multipliées; je suis même étonné qu'il n'ait fallu qu'une heure pour terminer pareille besogne; il ne faut pas avoir eu souvent affaire à des adhérences intestinales pour savoir combien leur destruction est méticuleuse, surtout pour la mener à bien sans crever l'intestin.

Il est regrettable que l'auteur, qui nous dit que les anses intestinales adhérentes à la tumeur étaient vides, n'ait pas cherché à savoir si au-dessus il n'y avait pas quelque bride, quelque obstacle.

Quoi qu'il en soit, le succès a couronné cette entreprise, et confirme une fois de plus cette opinion que j'ai défendue ici même, dans une communication sur l'occlusion intestinale: c'est que dans les cas de diagnostic douteux il faut faire la laparotomie de préférence à toute autre opération.

Discussion.

M. Berger. Il est souvent très difficile de rapporter à leur véritable cause les phénomènes de l'obstruction intestinale, lors même que l'on est intervenu par la laparotomie; dans les cas notamment où il existe des tumeurs auxquelles on a cru devoir rapporter l'origine des accidents.

J'ai observé récemment dans mon service une malade qui, depuis cinq jours, présentait des phénomènes d'obstruction et portait une hernie ombilicale, peu tendue et peu douloureuse, à la vérité. A l'ouverture de la hernie je trouvai, derrière une masse épiploïque assez grande, le côlon transverse absolument sain; puis, derrière cet organe, une anse d'intestin grêle distendue, et d'un rouge violacé. Je vis que cette anse était tordue sur elle-même, comme dans le volvulus, et que son enroulement s'était fait autour d'une bride mésentérique. Je fis cesser cette torsion, et l'intestin redevint perméable; mais la malade succomba, néanmoins, 24 heures après l'opération.

Je trouvai, à l'autopsie, un volumineux fibrome de l'utérus, duquel partaient deux grosses brides péritonéales, qui allaient rejoindre le mésentère. C'était autour d'elles que l'intestin s'était enroulé.

M. Bouilly. Lorsque l'on constate des phénomènes d'étranglement interne chez un sujet porteur d'une tumeur abdominale, il faut immédiatement penser qu'un élément spécial, un certain degré de péritonite, se surajoute à l'affection principale. Mais outre que cet accident est capable, à lui seul, de déterminer les accidents observés, le pronostic général se trouve notablement assombri.

M. Routier. Je reconnais toute la difficulté d'établir un diagnostic exact dans les cas de ce genre; parfois même il est absolument impossible, et ne peut être fait que rétrospectivement. J'ai, opéré récemment, à Beaujon, une malade affectée d'une hernie ombilicale qui semblait étranglée. Je ne trouvai dans le sac que des masses épiploïques volumineuses. A l'autopsie de la malade, qui succomba six heures après l'intervention, je trouvai un cancer annulaire du côlon descendant, situé au voisinage du rein, dans une région, donc, où cette lésion était complètement inaccessible.

Rapport.

Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule,
par M. le Dr G. Felizet, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Rapport par M. Paul Segond.

Le nouveau procédé opératoire de désarticulation de l'épaule dont notre collègue des hôpitaux M. Felizet vous a donné la communication consiste à faire une raquette dont le manche siège sur la ligne d'incision de la ligature de l'axillaire dans l'aisselle et dont le rond circonscrit la partie inférieure de la région deltoïdienne. Cette opération comprend trois temps qu'il importe d'exécuter suivant des règles opératoires précises dont je tiens à bien vous donner la description d'après le texte même de M. Felizet.

Premier temps. — « Une incision de 8 à 10 centimètres partant du haut de la cavité de l'aisselle met à nu l'artère qu'il convient de lier bas, c'est-à-dire au-dessous des artères circonflexes. Nous verrons tout à l'heure pourquoi. L'artère est prise entre deux ligatures distantes de 2 centimètres l'une de l'autre. Du tiers inférieur de l'incision, on détache une incision oblique qui, d'arrière en avant ou d'avant en arrière, suivant le côté opéré, dessine l'extrémité inférieure du deltoïde, et en met à nu les fibres superficielles au niveau de ses insertions à l'humérus.

« La peau se rétracte d'elle-même avec une certaine énergie. La raquette est dessinée. Ceci fait, on revient à l'artère axillaire; on

la coupe entre ses deux ligatures ainsi que les nerfs médian et musculo-cutané qui sont en avant. Revenant en arrière, on sectionne de même le nerf cubital et le nerf radial, et l'on a sous les yeux la grosse veine axillaire qu'il m'a toujours paru prudent de lier. Les éléments du paquet vasculo-nerveux ainsi divisé se rétractent fortement, laissant une cavité profonde dans laquelle le doigt s'engage et peut sentir directement, en dehors de la région, l'articulation scapulo-humérale. Ce premier temps a été à peu près exempt d'effusion de sang. »

Deuxième temps. — « Le deuxième temps a pour objet de mettre à nu la capsule articulaire. Un coup de tranchant transversal sur la ligne dessinée précédemment au bas du deltoïde coupe jusqu'à l'os les fibres de ce muscle.

« Le pouce (côté gauche) ou l'index (côté droit) s'engage dans la fente, tandis que l'index ou le pouce plonge dans la cavité laissée dans l'aisselle par la rétraction du paquet vasculo-nerveux. Les deux doigts, en se rapprochant, étreignent donc les insertions du deltoïde, du grand pectoral et du grand dorsal, protégeant les vaisseaux et guidant le couteau qui coupera successivement ou plutôt désinsérera les muscles au plus près de l'humérus. Les doigts, servant à la fois de guide et d'avant-garde au couteau, remontent à mesure en avant et en arrière et se rencontrent bientôt en plein dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne. En ce moment, l'articulation scapulo-humérale apparaît entière, décalottée du deltoïde.

« Pendant l'exécution de ce deuxième temps, le bras, écarté d'abord, a été progressivement rapproché du tronc : au point où nous en sommes, il touche le thorax. »

Troisième temps. — « Le troisième temps est extrêmement facile. La capsule, visible dans sa totalité, est divisée au plus près du col anatomique dans le but de faire concourir le bourgeonnement de son tissu fibreux à diminuer le grand vide que laisse l'ablation de la tête humérale, et d'atténuer par conséquent la saillie de l'acromion.

« Le résultat immédiat est extrêmement satisfaisant à l'œil. Il faut, pour obtenir un résultat définitif, irréprochable, régler avec soin la position des sutures. Il y a là des détails qui ne sont pas indifférents.

« Deux ou trois points de suture rapprochent les bords du manche de la raquette (ligne de la ligature de l'axillaire), avec réserve pour le passage au haut de cette ligne d'un tube à drainage qui plonge jusqu'à la cavité glénoïde. Quant au pourtour de la raquette, il est aplati par quatre points de suture, établis deux

en avant, deux en arrière. Il en résulte deux lignes de sutures perpendiculaires l'une à l'autre, à la manière des branches d'un **T**. Le point de rencontre de ces deux lignes est un petit espace triangulaire, que pénètre un second tube à drainage, et qui suffirait à lui seul, par ses dimensions et sa situation déclive, à assurer l'écoulement du pus.

« Quant au résultat définitif, le voici : une cicatrice très peu étendue, linéaire, en étoile, cachée dans la partie inférieure du lambeau, sous l'aisselle. Un moignon sans cicatrice, capable de supporter toutes les pressions et applications en haut, en avant et en arrière. Enfin une saillie aussi peu accentuée que possible de l'acromion. »

Telle est l'opération préconisée par M. G. Felizet. Quatre fois déjà elle lui a donné d'excellents résultats, et le moulage qu'il vous a présenté en témoigne. Sur ce plâtre qui reproduit le moignon d'un blessé opéré en 1889 dans le service de M. Tillaux, à la suite d'un écrasement du membre supérieur par des wagons, on peut, en effet, constater la bonne situation de la cicatrice et la réalisation de toutes les conditions favorables à l'application d'un appareil prothétique.

La nécessité d'ajouter un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule à tous ceux que nous possédons déjà se faisait-elle réellement sentir? je ne le pense pas. Pour ne citer qu'un exemple, je ne crois pas que la raquette à manche axillaire de Felizet soit jamais considérée comme supérieure au procédé que le professeur Farabeuf décrit à si bon droit comme le procédé de choix.

Vous vous souvenez, en effet, que dans ce procédé, qui appartient à D. Larrey pour la forme de l'incision cutanée (raquette) et à Marcelin Duval pour la coupe des muscles, l'opérateur se place dans les meilleures conditions voulues pour avoir un résultat définitif parfait, tant au point de vue de la situation de la cicatrice qu'à celui de la forme générale du moignon. En outre, et ce point de vue a bien son importance, l'exécution de l'opération se fait avec autant de simplicité que de sécurité. « Avec un simple bistouri l'opérateur arrive d'abord sûrement et facilement sur l'artère axillaire, précieux avantage, surtout en l'absence d'un aide exercé ; il découvre ensuite largement la tête humérale et fait ainsi de la désarticulation proprement dite un véritable jeu, autre avantage que personne ne voudra dédaigner [1]. »

Or, il est bien clair que la raquette de Felizet n'a pas tous ces avantages. Elle donne, il est vrai, à la cicatrice une situation parfaite et réduit au minimum ses dimensions; mais il n'est pas dou-

[1] Farabeuf, *Précis de manuel opératoire*, p. 359. Paris, 1885.

teux qu'elle nécessite des manœuvres opératoires d'une exécution plus difficile. Quant à l'avantage qu'il y a, d'après M. Felizet, à lier l'axillaire au-dessous des circonflexes pour conserver au deltoïde la totalité de son irrigation artérielle, je le crois négligeable. Farabeuf a depuis longtemps fait justice des prétendus inconvénients de la ligature faite au-dessus des circonflexes.

En résumé, le nouveau procédé opératoire conseillé par M. Felizet est, sans aucun doute, digne de toute notre attention. Les excellents résultats obtenus par M. Felizet en témoignent, et nous devons féliciter notre collègue d'avoir augmenté la série des bons procédés de désarticulation de l'épaule; mais il reste entendu que le procédé de M. Felizet présente certaines difficultés d'exécution qui en feront toujours un procédé d'exception.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Felizet, de déposer son travail dans nos archives, et de réserver à notre ingénieux collègue un bon rang sur la prochaine liste des candidats à la place de membre titulaire de notre Société.

Discussion.

M. Quénu. La méthode que propose M. Felizet serait inexécutable dans un grand nombre de cas, lorsque notamment la désarticulation de l'épaule est pratiquée pour des tumeurs de l'humérus. Tout récemment, j'ai pratiqué cette opération pour un gros enchondrome qu'il m'eût été impossible d'énucléer si je n'avais fait une longue incision de l'espace coracoïdien. D'une façon générale, du reste, les cicatrices ne deviennent gênantes que lorsqu'elles ont succédé à la suppuration.

M. Paul Segond. Les réflexions de M. Quénu ne font que souligner les réserves que j'ai formulées dans mon rapport. Le procédé de M. Felizet est, comme je l'ai déjà dit, un procédé d'exception; mais lorsque l'état de la région permet son exécution, on ne peut lui dénier les avantages qu'il présente au point de vue du siège de la cicatrice et de la forme du moignon.

Rapport.

Rupture ancienne de l'urèthre. Fistules urinaires. Cathétérisme rétrograde avec uréthrotomie externe. Guérison, par le Dr A. Boursier (de Bordeaux).

Rapport par M. Brun.

La Société de chirurgie s'est dans ces derniers temps occupée, à différentes reprises, de la question du cathétérisme rétrograde,

appliquée à la cure des rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Dans le très étudié et très remarquable rapport qu'il vous a lu en 1886, notre collègue M. Monod a nettement posé les indications de cette opération, indications que n'ont fait que confirmer ultérieurement une intéressante communication de M. Tillaux et les rapports de MM. Kermisson et Terrier, sur les observations qui vous avaient été adressées par MM. Vigot et Defontaine. Les exemples toutefois ne sont pas encore très fréquents où pareil mode d'intervention a été mis en œuvre, et, à ce titre, le fait qui vous a été relaté par le Dr Boursier (de Bordeaux) méritait d'être rapporté.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un charretier de 53 ans, qui depuis cinq ans environ portait des fistules urinaires survenues dans les circonstances suivantes. En 1883, cet homme, conduisant une charrette chargée de barils, fut, dans une fausse manœuvre, précipité à terre et tomba sur le côté gauche, pendant qu'un de ses barils, du poids de 150 kilogrammes environ, était projeté sur lui et l'atteignait au niveau de la crête iliaque droite. Le blessé fut relevé et transporté dans le service du Dr Dudon, qui constata chez lui une fracture du bassin compliquée de rupture de l'urèthre. La rétention d'urine était complète. Le Dr Dudon parvint à placer dans le canal une sonde à demeure qui donna issue à du sang et à de l'urine. Peu de jours après, ce malade indocile arracha sa sonde et fut bientôt atteint d'une infiltration d'urine assez grave pour nécessiter de nombreux débridements. Un mois et demi environ après son accident, L... quittait l'hôpital, commençant à peine à marcher et ayant encore un certain nombre d'orifices fistuleux, par lesquels s'écoulait toute son urine. Il revint en 1887 et fut placé dans le service du Dr Piéchaud, qui, après avoir constaté l'existence de ces fistules, consécutives à la rupture de l'urèthre, et s'être convaincu que le canal n'était pas perméable, se décida à pratiquer une uréthrotomie externe sans conducteur. Il fut malheureusement impossible d'arriver à découvrir le bout postérieur de l'urèthre, et après une heure et demie de recherches, l'opération dut être abandonnée. Le malade guérit, du reste, sans incidents de cette tentative opératoire et continua à uriner par ses fistules.

En 1888, le Dr Boursier, chargé du service à son tour, le trouva dans l'état suivant. Le malade n'a pas uriné par la verge depuis cinq ans. Toute l'urine s'écoule par les fistules. Une sonde introduite par le méat est arrêtée à une distance de 13 centimètres. Des tentatives plusieurs fois répétées permettent de penser que le canal est complètement oblitéré à ce niveau. Le périnée est occupé par un tissu inodulaire, très dur, très résistant et très épais, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par le toucher rectal. La prostate

est saine et de volume normal; l'urine est limpide, de couleur et de composition chimique normales ; la vessie ne présente pas de cystite, les reins paraissent sains.

Les orifices fistuleux sont au nombre de quatre. Le plus important, celui qui laisse écouler la presque totalité de l'urine, est situé immédiatement en arrière du scrotum, au niveau du raphé périnéal. Il est recouvert par un bourgeon charnu volumineux, mais laisse pénétrer une petite bougie n° 5 de la filière Charrière. On trouve une seconde fistule sur la partie moyenne du scrotum, à 1 centimètre et demi à droite du raphé médian; elle n'est traversée que par une faible quantité d'urine. La 3e et la 4e fistules siègent, l'une au niveau de la partie moyenne du pli inguinal, l'autre à la partie inférieure du sillon inguino-scrotal droit; elles sont presque complètement taries.

L'état général est assez bon. Le malade est seulement affecté de bronchite chronique dont les poussées successives ont forcé à retarder une intervention. Au mois d'octobre 1888, l'état des bronches étant assez satisfaisant, le Dr Boursier se décide à opérer, et, en raison de l'ancienneté des lésions, de l'étendue et de l'épaisseur de l'induration cicatricielle du périnée, en raison surtout de l'insuccès de la tentative antérieure du Dr Piéchaud, il se décide pour le cathétérisme rétrograde, de préférence à tout autre mode d'intervention.

L'opération est pratiquée le 25 octobre 1888. Soulevée par le ballon de Petersen, la vessie est facilement mise à découvert sans qu'on ait aperçu à aucun moment le cul-de-sac péritonéal. Elle contient une petite quantité d'urine qui est évacuée par ponction à l'aide d'une aiguille de l'appareil Dieulafoy, et remplacée par 40 grammes de solution boriquée tiède à 40 0/0. Ainsi, au moment de l'incision vésicale, le liquide qui s'est écoulé par la plaie pouvait être considéré comme à peu près aseptique.

Les deux lèvres de l'incision ayant été soulevées à l'aide de fils de soie passés dans leur épaisseur, le Dr Boursier introduisit son index gauche dans la cavité vésicale et découvrit sans aucune difficulté l'orifice du col, dans lequel il engagea une sonde d'argent à grande courbure, qui pénétra à une profondeur de 5 à 6 centimètres environ. Cette sonde fut alors confiée à un aide qui la maintint en position, aussi profondément engagée que possible, dans l'urèthre postérieur.

La recherche à travers le périnée des deux bouts de l'urèthre rompu présenta quelque difficulté. Il fallut, en effet, pour arriver à découvrir les extrémités des sondes engagées dans les deux bouts de l'urèthre, cheminer à travers une épaisse couche de tissus résistants, de consistance fibreuse, et les deux sondes ne purent être

mises en contact qu'après incision d'une longue bande de tissu cicatriciel de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Cette section effectuée, rien ne fut plus facile que de remplacer la sonde antérieure par une sonde en caoutchouc rouge n° 18, et de faire pénétrer cette dernière jusque dans la vessie, en la fixant à l'aide d'un fil double aux deux yeux de la sonde vésicale. Par précaution, et pour en faciliter le changement, dans le cas où il serait nécessaire, l'extrémité vésicale de la sonde fut munie d'un long fil double ressortant par la plaie hypogastrique. L'opération ainsi terminée, il restait à assurer le facile écoulement de l'urine, sans avoir recours soit aux tubes de Périer, soit au drain vésico-uréthral. Le Dr Boursier se décida à laisser l'urine s'écouler librement par l'ouverture vésicale, tout en fermant à ses deux extrémités la plaie abdominale, et en laissant seulement béante sa partie moyenne, correspondant à l'ouverture vésicale.

Le résultat de l'intervention fut ce qu'il était permis d'espérer. Après deux mois et demi de traitement, L... quittait l'hôpital entièrement guéri, urinant très librement et ne portant plus traces de fistules. La guérison toutefois avait été retardée par certain nombre d'incidents; c'est ainsi que, pendant les premiers jours, la température s'éleva à 38°,4 et 38°,6; les bords de la plaie abdominale présentèrent une coloration grisâtre, et la cicatrisation de cette plaie fut manifestement lente : toutes complications légères qui purent être mises sur le compte du contact de l'urine, qui, pendant plus de quinze jours, sortit en majeure partie par la plaie hypogastrique.

Il est, je crois, inutile de faire remarquer combien le cathétérisme rétrograde se trouvait indiqué dans le cas que je vous ai rapporté. Notre collègue de Bordeaux se trouvait en présence d'un malade, porteur de fistules urinaires anciennes, chez lequel, depuis cinq ans, pas une goutte d'urine ne s'était écoulée par l'urèthre, et qui avait subi déjà une tentative d'uréthrotomie externe non suivie de résultat. Il était rationnel de penser que le cathétérisme rétrograde restait la dernière ressource à mettre en usage, et la nature des lésions constatées au cours de l'opération ne fit que confirmer ces prévisions. Une réflexion me paraît seulement devoir être faite relativement au procédé employé par le Dr Bournier pour assurer l'écoulement de l'urine. Il plaça dans l'urèthre une sonde à demeure, mais, contrairement à ses devanciers, négligea le siphonage de la vessie. D'après les résultats obtenus, il ne me paraît pas que cette innovation doive être recommandée. C'est l'opinion, du reste, à laquelle semble s'arrêter notre collègue lui-même, dans les quelques lignes de réflexion dont il fait suivre son observation, lorsqu'il dit que, « si le succès qu'il a

obtenu démontre qu'on peut à la rigueur se passer du siphonage de la vessie, il est permis d'attribuer à cette manière de faire la lenteur du bourgeonnement de la plaie abdominale et le retard de sa cicatrisation. » A quoi bon, en effet, négliger l'emploi des tubes de Périer ou du tube vésico-uréthral de Demons ou de Defontaine, procédés qui, sans présenter dans leur emploi le moindre inconvénient, mettent à l'abri de toute éventualité fâcheuse.

Quoi qu'il en soit de cette critique de détail, l'observation qui nous a été envoyée par le Dr Boursier n'en est pas moins intéressante. Elle vient se joindre, en effet, à celles qui déjà vous ont été communiquées pour mettre nettement en évidence de quelle utilité peut être au chirurgien le cathétérisme rétrograde dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, où l'uréthrotomie externe a été tentée sans succès.

Présentation de malade.

M. Routier présente un malade qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre compliqué.

Discussion.

M. Berger. Il est possible de corriger l'élargissement et la déviation que présente l'orifice externe des narines, en détachant complètement les ailes du nez pour les fixer à côté de la sous-cloison. Cette modification, en rétrécissant l'ouverture en question, agrandit la lèvre verticalement.

Présentation de malade.

M. Picqué présente un petit malade opéré de *spina bifida* qui occupait la région lombaire et sacrée.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 17 décembre 1890.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux lettres de MM. QUÉNU et DELENS, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. POUSSON, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et accompagnant l'envoi d'un mémoire sur vingt-deux observations d'*uréthrotomie interne* (M. Horteloup, rapporteur);

4° Plusieurs mémoires de M. JUDSON (de New-York), relatifs à l'*orthopédie*.

Lecture.

M. VACHER (d'Orléans) lit un mémoire sur un nouvel antiseptique (sublimé et salicylate de soude). (M. Humbert, rapporteur.)

Rapport.

Sur une observation de M. le Dr MICHAUX, intitulée : *Fracture de l'olécrâne par coup de sabre. Suture osseuse. Rétablissement complet des mouvements.*

Rapport par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

M. Michaux vous a présenté un malade très intéressant et fait le récit d'une opération bien réussie de suture de l'olécrâne sur laquelle je dois vous faire quelques remarques.

La suture immédiate ou très rapide des os fracturés est une pratique de date récente, et on peut dire qu'elle a été inaugurée par Lister et ses élèves à propos du traitement des fractures de l'olécrâne et de la rotule.

Il est vrai que dans les observations de Lister et de Cameron, comme dans les miennes, il s'agit de fractures simples, tandis que dans celle de M. Michaux il s'agit d'une fracture compliquée. Mais certaines observations s'appliquent également sur deux formes de fractures, d'autant mieux que l'opération transforme la fracture simple en fracture compliquée.

L'observation de M. Michaux est très simple; il s'agit d'un coup de sabre à travers l'olécrâne et du placement de deux points de suture le lendemain de l'accident. Au bout de six mois le rétablissement des mouvements est complet sur le sujet présenté à l'une de nos séances. L'opération a, du reste, été correctement conduite et les suites ont été des plus simples. Pas de suppuration.

Je crois cependant qu'il y a quelque critique à faire sur certaine manœuvre. M. Michaux a placé le membre supérieur dans l'extension; il l'a laissé dans cette position pendant vingt-cinq jours sans mouvements. Enfin il a cru devoir retirer les fils d'argent de la suture.

Je pense qu'il y a eu là quelques complications qui étaient de nature à imprimer un retard aux phénomènes de réparation.

Placer le membre dans l'extension ne m'aurait paru justifié que dans le cas de grandes difficultés éprouvées pour rapprocher les fragments. Rien de semblable n'est noté dans l'observation. Si donc les fragments étaient bien rapprochés par des fils bien serrés, je crois qu'on aurait pu sans inconvénient donner au membre un certain degré de flexion, situation infiniment moins pénible et préparant à la mobilisation.

Pour la même raison il était bien inutile de prolonger l'immobilité du membre pendant vingt-cinq jours. Ici nous avons un puissant argument tiré de l'étude des cas de suture de la rotule. Dans ces cas en effet, dès le huitième jour, je donne la liberté au membre sur le lit. Par conséquent tous les mouvements du sujet impriment aux fragments rotuliens des tractions bien autrement violentes que celles que pourraient subir les fragments de l'olécrâne. Du 18e au 20e jour je fais faire les premiers essais de marche. Tout le poids du corps porte donc sur les fils et sur le cal naissant. Or ces efforts ne causent aucun préjudice à la formation et à la puissance du cal. Mais en ce qui concerne le rétablissement des mouvements, ils ont de très nombreux avantages: aucune atrophie musculaire, aucune raideur des jointures à combattre. Aussi ai-je pu montrer des sujets marchant très convenablement au bout de trente-cinq à quarante-

cinq jours. On peut voir des sujets atteints de fractures de l'olécrâne se servir de leurs membres après quinze jours. Je crois que, même avec une fracture compliquée de plaie, il eût été possible d'obtenir ce résultat en mobilisant le membre plus hardiment et plus rapidement.

Pourquoi chercher à enlever les fils ? C'est un fait connu depuis les observations de Lister et bien des fois confirmé par les miennes, qu'il n'y a aucun intérêt à retirer les fils. Une fois qu'ils ont été mis en place, si la marche de la plaie est bien aseptique, on n'en entend plus jamais parler. Le malade ignore en général qu'il est pourvu de ces fils d'argent.

Si je fais ces remarques, ce n'est pas pour le simple plaisir de critiquer une opération qui du reste a été bien conduite et qui en définitive a donné d'excellents résultats. Mais je crois que mes réflexions peuvent s'appliquer non seulement aux cas rares de fracture ouverte semblables à celui de M. Michaux, mais à toutes les fractures de l'olécrâne pour lesquelles on peut être appelé à pratiquer la suture.

Je crois, en effet, que, pour l'olécrâne, on arrivera aux conclusions auxquelles je suis arrivé depuis longtemps pour la rotule, à savoir qu'il n'y a qu'un traitement rationnel de sa fracture, la suture immédiate.

Ce fait que l'on peut réparer un os du jour au lendemain est un fait très séduisant. Il est d'autant plus intéressant que l'on guérit ainsi à l'instant des fractures qui précisément sont d'une réparation difficile, impossible dans beaucoup de cas. La fracture simple de l'olécrâne ne donne pas des résultats aussi désastreux que la fracture de la rotule, mais elle laisse souvent des membres bien impotents, surtout pour tous ceux qui la traitent par l'immobilisation. Or, ce que M. Michaux a obtenu dans un cas exceptionnel peut s'obtenir aisément dans les cas les plus ordinaires. Dans son mémoire sur la fracture de la rotule et de l'olécrâne en 1881, Lister citait déjà trois cas très probants. Le récit de sa troisième observation, en particulier, était très instructif. Il avait, en effet, dans ce cas, laissé en place le fil d'argent, agent de suture. Son malade avait été renvoyé chez lui le quinzième jour ; par conséquent, sa jointure avait été mobilisée très vite. Cette manière de procéder modifie beaucoup les suites de l'opération, et Lister y insistait beaucoup. C'est la seule qui vous permette d'arriver en peu de temps à un résultat complet, et ce peu de temps n'est pas à négliger. Pour une fracture de l'olécrâne, il serait vraiment bien grave de consacrer des semaines et des mois à rechercher la solidité et la mobilité parfaite de la jointure.

Pour ma part, bien que je sois arrivé à traiter la fracture de la

rotule uniquement par la suture, je n'ai pas agi de même pour l'olécrâne. Cela tient d'une part à ce que je n'ai pas eu des occasions de traitement aussi nombreuses et surtout à ce que j'ai traité ces fractures par le massage avec des résultats très satisfaisants. Mais quelque satisfait que j'aie pu être de mon massage, je conçois qu'il présente ce grand inconvénient de ne pas rendre au membre sa forme et toute sa puissance. Je crois donc qu'à l'avenir c'est à la suture que j'aurai recours, même pour les cas les plus simples.

Je crois qu'en agissant ainsi on aurait, comme pour la rotule, le double avantage de réparer immédiatement l'os brisé et de remédier aux inconvénients qu'engendre la contusion articulaire, inconvénients graves et qui se manifestent longtemps encore après l'accident.

Pour toutes ces raisons, pour l'intérêt considérable que j'attache à ces faits de suture osseuse pour fracture, j'ai cru devoir fixer votre attention sur l'intéressante observation de M. Michaux.

Fracture de l'olécrâne par coup de sabre. Suture osseuse. Rétablissement complet des mouvements, par le Dr P. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

La suture osseuse a été rarement appliquée aux fractures de l'olécrâne ; il est donc intéressant d'en connaître les résultats ; c'est ce qui m'a déterminé à présenter à la Société de chirurgie un blessé auquel j'ai pratiqué cette suture osseuse, il y a un mois, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Labbé.

Le nommé X..., tapissier, âgé d'une cinquantaine d'années, revenait tranquillement, nous dit-il, de son travail, le 1er mai 1890, vers cinq heures du soir, lorsqu'il fut bousculé aux abords de la place de la Concorde par une charge de gardes municipaux et de gardiens de la paix.

Dans la bagarre, il reçut, en cherchant à parer et à protéger sa tête, un violent coup de sabre qui fendit complètement l'olécrâne gauche.

Transporté immédiatement à l'hôpital Beaujon, le blessé fut pansé très soigneusement par l'interne de garde qui, après avoir lavé l'articulation ouverte avec une solution de sublimé, recouvrit la plaie de gaze iodoformée.

A la visite du lendemain matin, je trouve la partie postérieure du coude divisée sur une étendue de trois travers de doigt environ par une plaie transversale. Au fond de cette plaie, j'aperçois l'olécrâne, nettement divisé au niveau de sa base par un trait légèrement courbe, à concavité regardant en arrière et en haut. La section est absolument nette ; on la dirait faite avec une fine scie à chantourner ; les deux derniers millimètres internes présentent seuls quelques légères dentelures.

Les deux fragments sont distants d'un gros travers de doigt ; on

aperçoit entre eux la face postérieure du cartilage articulaire de l'humérus.

La plaie cutanée est nette, également sans rougeur. Dans ces conditions, je n'hésite pas à proposer et à pratiquer séance tenante la suture osseuse de l'olécrâne. La disposition spéciale et la netteté du trait de la fracture, son exposition au fond d'une plaie articulaire largement ouverte, rendaient l'opération urgente ; bien pénétré des principes généraux posés par M. Lucas-Championnière pour la suture de la rotule, je résolus d'appliquer cette méthode au cas particulier.

Dans ce but, je fis tomber sur la plaie transversale une incision verticale de 4 centimètres qui mit à nu largement la base de l'olécrâne et l'extrémité inférieure du fragment supérieur.

Les deux lambeaux latéraux résultant de cette incision en T furent écartés largement ; il me fut alors possible, à l'aide du perforateur, de percer le fragment supérieur de deux trous dirigés suivant l'axe du membre.

Deux autres canaux furent percés semblablement dans le fragment inférieur, mais ceux-ci étaient dirigés perpendiculairement à l'axe du membre.

Ces trous étaient si heureusement percés dans l'épaisseur du tissu spongieux que les fils d'argent étaient à peine en contact avec les surfaces articulaires, et que, d'autre part, le rapprochement des deux fragments était parfait: l'avant-bras en extension complète et dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination.

Après un dernier lavage au sublimé, la plaie et l'incision verticale furent réunies par des crins de Florence; mais désirant ne pas abandonner les fils d'argent à demeure dans l'espoir de diminuer la raideur articulaire, j'eus soin d'en laisser les deux extrémités dépasser légèrement la peau, pour qu'il me fût plus facile de les retrouver.

Je sais bien que l'on a très souvent abandonné dans la plaie des fils métalliques martelés à la surface de l'os, mais j'ai pensé d'un autre côté que j'aurais moins de roideur en enlevant ultérieurement mes fils.

Je ne mets pas de tube de drainage, et le bras étant maintenu en extension j'applique un pansement iodoformé et une forte couche d'ouate. Le soir sa température est à 37°,3, et jamais dans les jours suivants elle ne s'élève au-dessus de cette température.

Il n'y a pas la moindre douleur, et le pansement n'est pas traversé; dans ces conditions, je le laisse en place vingt-cinq jours sans le changer.

Le 27 mai, le pansement est enlevé.

La réunion est complète par première intention et sans aucune rougeur; on enlève les crins de Florence, et je laisse encore en place les fils d'argent dont je sens très bien les extrémités qui affleurent la cicatrice.

Le coude est très peu gonflé, les mouvements sont un peu difficiles.

Le 28 mai, je fais exécuter un peu de massage et de mobilisation,

et en quelques jours le gonflement disparaît et la flexion est possible jusqu'à l'angle droit.

Aujourd'hui, 4 juin, le résultat est déjà bien meilleur ; la flexion dépasse notablement l'angle droit, l'extension est presque complète, les deux fragments paraissent absolument soudés, le coude n'est plus gonflé. Le résultat est en somme très satisfaisant ; et je ne doute pas qu'il n'y ait une restauration complète des mouvements.

Je me propose d'enlever ultérieurement les fils métalliques de la suture osseuse.

Quinze jours après, le malade quittait l'hôpital, débarrassé de ses fils métalliques que j'ai enlevés à l'aide de deux petites incisions qui se sont très bien réunies. Les fils sont absolument intacts et ont conservé toute la blancheur du métal.

Aujourd'hui, 19 novembre, six mois et demi après son opération, notre blessé a recouvré tous ses mouvements, et cette restauration est si complète que j'ai cru intéressant de vous le présenter à nouveau.

La soudure osseuse me semble absolument réalisée.

Discussion.

M. Berger. J'admets très bien que l'on désire voir guérir les fractures vite et bien; il ne faut point pourtant dédaigner trop les moyens simples, et, pour ma part, je ne suis pas encore disposé à substituer, dans la plupart des cas, la suture osseuse à l'emploi des appareils.

Je regrette que M. Championnière n'ait pas établi une distinction suffisante entre les diverses fractures de l'olécrâne. Celles qui intéressent obliquement la base de l'os se guérissent très bien, sans difformité d'aucune espèce, au moyen de l'extension, qui, prolongée une vingtaine de jours, ne menace en rien la liberté des mouvements du coude. Si la fracture siège dans une région plus ou moins voisine du bec de l'apophyse, si surtout les tendons latéraux du triceps ont été détruits, on peut observer un écartement, une disposition angulaire des fragments, gênante et difficile à maintenir réduite : ce sont les seules fractures pour lesquelles il puisse être question de suture.

Je répète que la position étendue de l'avant-bras, à moins qu'on ne la prolonge trop longtemps, ne laisse jamais de raideur persistante, et que je lui dois plusieurs beaux succès.

Est-il certain, ainsi que l'avance M. Championnière, que les fils d'argent intra-articulaires soient très bien supportés, ne causent aucune gêne? J'y vois, pour ma part, une cause permanente d'arthrite sèche, qui est une menace pour l'avenir de l'articulation. A moins donc de fractures intéressant la pointe de l'olécrâne et accompagnée d'un écartement considérable, je ne puis, dans l'espèce,

concéder aucune supériorité à la suture, tout en reconnaissant que, dans le cas particulier de M. Michaud, elle était tout indiquée.

Je me demande si le tourillon du fil d'argent fixé en dehors ne peut point devenir le point de départ de douleurs ou de gêne, et si, dans cette hypothèse, il ne conviendrait point de substituer aux sutures métalliques un fil organique résistant, comme la soie ou le crin de Florence ?

M. Championnière. Je suis loin de me déclarer fixé définitivement sur le traitement des fractures de l'olécrâne, puisque fort souvent je ne les immobilise même pas, et que, le massage aidant, j'obtiens de bons résultats. Mais je suis d'avis que le procédé de M. Michaud peut être mis en usage pour bon nombre de fractures, et qu'il est du reste parfaitement innocent.

J'ai avancé, en outre, que les consolidations des fractures de l'olécrâne ne sont point toujours parfaites, et que j'en ai observé un certain nombre assez vicieusement réparées. Pour ce qui est de l'attitude à donner au membre pendant la consolidation, je ne verrais aucun inconvénient à ce qu'on le place dans la demi-flexion quand on a fait la suture.

J'évite autant que possible de rapprocher trop les fils dont je me sers des surfaces diarthrodiales, bien que je n'y voie pas d'inconvénient bien sérieux. Chez un de mes malades opéré en 1883, et chez lequel, en raison de l'exiguïté du fragment inférieur, je fus contraint d'empiéter sur l'articulation elle-même, la marche est toujours restée facile. Il n'y a aucun intérêt à retirer les fils à moins qu'ils ne deviennent une cause de douleurs, ce qui est bien peu fréquent si le tourillon a été bien aplati et bien recouvert.

Le matériel des sutures n'est point indifférent. Le crin de Florence constituerait un moyen d'union trop peu solide, et je lui préfère les fils métalliques. La persistance de ces derniers contribue à la solidité de l'union des fragments, par eux-mêmes d'abord, puis par l'appel qu'ils constituent à la formation d'un cal épais, qui se dépose autour d'eux et les englobe. Je citerai, à ce propos, l'exemple d'un de mes malades chez lequel le point d'appui inférieur des sutures a dû être cherché sur le tibia. Il marche très bien, grâce à la persistance des moyens d'union.

Lecture.

M. Chénieux (de Limoges) lit une observation concernant l'ablation d'un polype naso-pharyngien. (M. Routier, rapporteur.)

Présentation de pièces.

M. Berger présente les pièces provenant d'une résection qu'il vient de pratiquer pour une tumeur blanche du genou.

Les pièces que je vous présente offrent quelque intérêt au point de vue de la discussion qui vient d'avoir lieu sur la valeur relative de la résection et de l'arthrectomie du genou, dans les tumeurs blanches de cette articulation.

Il s'agit en effet d'une jeune fille de 20 ans qui, depuis sept ans, était atteinte d'une tumeur blanche du genou droit. Elle avait été traitée à plusieurs reprises par l'immobilisation, les pointes de feu; elle s'était trouvée améliorée, avait souvent pu marcher des mois entiers; néanmoins le genou était resté gonflé, douloureux, un peu chaud, présentant un peu de mobilité latérale et une limitation de ses mouvements normaux, sans qu'il y eût néanmoins de demi-flexion permanente ou de tendance marquée à la subluxation. Les extrémités osseuses ne paraissaient d'ailleurs pas gonflés, quoiqu'il y eût une sensibilité assez vive vers la tubérosité externe du tibia. Il n'y avait pas de liquide dans l'articulation et la sensation, au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale, était plutôt celle de fongosités ardacées.

C'était un de ces cas où l'on eût pu se borner à traiter la malade par l'expectation ; tel fut aussi l'avis de M. le Dr Picqué à qui je montrai la malade. Considérant néanmoins que l'affection ne tendait pas à l'ankylose, mais qu'il y avait de la mobilité anormale, que depuis six mois il semblait y avoir une aggravation des phénomènes, que le genou était chaud et un peu douloureux, je me décidai à agir, pensant trouver des lésions limitées à la synoviale, et croyant que je trouverais peut-être là l'occasion de pratiquer enfin l'arthrectomie, sauf à me rabattre sur une résection si je constatais des lésions osseuses au cours de l'opération.

A peine eus-je scié la rotule et ouvert l'article, que je trouvai l'articulation remplie de fongosités caséeuses, le ligament semi-lunaire externe détruit, le condyle externe du femur dépouillé de son cartilage et profondément érodé. J'ai dû faire une résection qui me démontra que les condyles fémoraux étaient profondément atteints, l'externe surtout qui était en partie détruit; et que dans l'épaisseur du plateau tibial existaient deux foyers tuberculeux circonscrits qui s'étendaient assez loin et que je traitai par l'évidement.

Ainsi voici encore un cas dans lequel je croyais ne pouvoir faire qu'une arthrectomie ou tout au plus une arthroctèse, et où je trouvai, comme toujours, du reste, jusqu'à présent, des lésions

osseuses très profondes. Je n'affirme pas que celles-ci n'eussent pu guérir sans intervention chirurgicale, mais cela me paraît peu probable; et du moment que l'on pratiquait une opération, il me sembla légitime d'en débarrasser la malade, ce qui ne pouvait être fait que par la résection.

Je conclus de ce fait et de la plupart de ceux que j'ai observés jusqu'à présent, qu'en cas de tumeur blanche du genou, il faut toujours s'attendre à trouver des lésions beaucoup plus profondes et plus étendues que celles dont l'examen de l'articulation malade nous avait fait présumer l'existence.

Discussion.

M. Championnière. Il est habituel, dans la pratique des résections, de rencontrer des lésions plus considérables qu'on ne le supposait; je n'ai jamais eu à regretter l'ouverture d'une articulation malade. Le cas de M. Berger, très démonstratif à cet égard, prouve une fois de plus l'insuffisance de l'arthrectomie.

M. Bazy. Ce matin même j'ai fait l'ouverture d'un genou affecté d'arthrite depuis six mois. Il existait un point douloureux très net à la partie supérieure et interne du tibia. M'attendant à rencontrer à ce niveau une lésion osseuse, j'ai gougé l'os assez profondément, et à ma grande surprise je n'ai rencontré que du tissu spongieux d'apparence absolument normale.

M. Le Dentu. Je ne nie point qu'on ne puisse rencontrer des synovites sans altérations primitives du squelette. Je suis en garde cependant contre ces faits; car chaque fois que j'ai pratiqué la résection j'ai rencontré des lésions tuberculeuses des os. Tout récemment encore j'ai trouvé dans le tibia un foyer tuberculeux transversalement étendu, que j'ai dû évider après résection. Mon malade a du reste très bien guéri. Je suis donc d'avis que si l'on se décide à ouvrir une articulation, il est mieux de réséquer, quand même, dans de rares exceptions, l'excision osseuse dût sembler inutile.

M. Peyrot. Il y a quinze jours j'ai fait la résection du genou chez une jeune malade dont l'articulation était affectée depuis 7 ou 8 ans déjà. Malgré la longue durée de la maladie il ne me semblait pas que je dusse trouver des lésions bien étendues. Je découvris nonobstant dans le tibia un foyer tuberculeux contenant un séquestre entouré de bouillie caséeuse. Je ruginai cette cavité qui à la rigueur aurait pu être attaquée en dehors de l'articulation.

M. Schwartz. Puisque la question de la résection du genou et de

l'arthrectomie revient en cause, nous tenons à donner les résultats de notre observation. Nous avons eu l'occasion de pratiquer seize résections du genou pour tumeurs blanches. Sur tous les cas, et cela confirme absolument les observations de nos collègues Berger, Lucas-Championnière, Peyrot, Quénu, les lésions osseuses existaient, et à un degré beaucoup plus avancé que ne l'aurait fait supposer l'examen de l'articulation. Dans trois cas, après ouverture de l'article, nous fûmes tenté de pratiquer l'arthrectomie pure sans ablation des surfaces osseuses qui paraissaient saines. Nous n'avons pas suivi notre impression première, et cela avec raison; dans tous ces faits, il existait en effet des lésions osseuses plus profondes, ou des fusées tuberculeuses qu'il eût été impossible de poursuivre sans faire la résection des condyles fémoraux. Nous sommes donc d'avis que l'arthrectomie doit être une intervention exceptionnelle, et que l'opération de choix est la résection.

M. Bazy fait remarquer qu'il n'a point eu l'intention de faire un plaidoyer contre la résection du genou en général : il tient à ce qu'on ne donne point à son observation une importance qu'elle ne saurait avoir en raison même du peu de durée de l'affection contre laquelle il a dû agir.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 24 décembre 1890.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le Dr Boursier, agrégé de la Faculté de Bordeaux, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au

titre de membre correspondant, et envoyant à l'appui de sa demande un travail relatif à *un pied bot guéri par l'extirpation de l'astragale ; de la marche après cette opération.*

Lecture.

M. Kirmisson donne lecture d'une observation que M. le Dr Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Marseille, membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse à la Société, observation intitulée :

Plaie du rein par coup de couteau. Hématurie. Pyurie. Incision d'un abcès périnéphrétique; grattage des parois de l'abcès et du rein. Continuation de la pyurie. Néphrectomie. Guérison.

Un marin corse, âgé de 17 ans, est amené à l'hôtel-Dieu dans la nuit du 2 mai 1890. Il porte dans le flanc gauche une blessure par coup de couteau, qui a été nettoyée antiseptiquement et recouverte d'une couche de collodion, immédiatement après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire trois heures après l'accident. Cette plaie, large d'environ trois centimètres et un peu oblique en bas et en dehors, est située à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure, immédiatement au-dessus de celle-ci.

Je m'abstiens de tout examen de la plaie ; mais comme il est possible, probable même, qu'elle soit pénétrante, le ventre est badigeonné au collodion; une couche épaisse de ouate est placée au-dessus d'un large pansement antiseptique, après nettoyage de la région. Le 4 mai, la température est montée subitement à 39°,6 ; mais le ventre est toujours souple et indolore.

Le 5 mai, le blessé a rendu pendant la nuit une grande quantité d'urine très chargée de sang ; température, 40°, 1 ; pouls, 120.

Du 5 au 10 mai, les mêmes phénomènes continuent. Les urines, dont la quantité varie de 800 à 1,200 grammes, sont chaque jour assez fortement teintées de sang. La température, toujours élevée, oscille régulièrement entre 38°,9 le matin et 40° le soir.

Le 10 mai, 800 grammes d'urine claire et ne contenant plus de sang.

Le 11 mai, cette quantité s'élève à 1,750 grammes. Les urines sont troubles et, par le repos, laissent un dépôt notable, formé d'urates et surtout de globules de pus. Diète lactée, 4 grammes de salol par jour.

Du 11 au 17 mai, même état. La quantité d'urine rendue est de 1,900, 1,250, 1,200 et 1,250 grammes, avec un dépôt purulent toujours à peu près le même. La température est tombée aux environs de 38°, 5 et ne présente plus les ascensions vespérales notées précédemment.

Le 17 mai, les urines coulent claires, 900 grammes seulement; la température s'élève à 40°, 5.

Le 18 mai, 2,200 grammes d'urine avec dépôt purulent d'environ 200 grammes. Le thermomètre tombe à 38°, 5. En même temps, je constate un peu d'empâtement, et surtout de la douleur dans la région lombaire.

En présence de ces symptômes, et m'appuyant sur l'élévation thermique coïncidant avec la rétention du pus, tandis que la défervescence suit son évacuation, je me crois autorisé à proposer une intervention qui est acceptée. Du reste, le malade a beaucoup maigri ; il est pâle et affaibli.

L'opération est pratiquée le 21 mai, avec l'assistance de MM. les docteurs Pluyette, chirurgien des hôpitaux ; Dubourguet, chirurgien du 1er hussards, et Melchior Robert, chef de clinique.

Incision le long du rebord de la masse sacro-lombaire, commençant à un centimètre au-dessous de la 12e côte et s'étendant jusque près de la crête iliaque.

Je note que la plaie faite par le couteau est complètement cicatrisée par première intention, et qu'il n'a jamais été trouvé une goutte de pus à son niveau. L'incision donne issue à un flot de pus très fétide. Le doigt introduit dans la plaie rencontre le rein situé très haut sous le rebord costal et l'explore avec difficulté. J'arrive pourtant, après avoir extrait de nombreux lambeaux de tissu sphacélé, à l'explorer en entier.

Sa forme et sa consistance sont normales, sa surface lisse, sauf sur le milieu de sa face postérieure, où l'on perçoit un sillon allongé obliquement de haut en bas, et prenant cette face en écharpe, contournant l'extrémité inférieure pour se terminer sur la face antérieure de cette extrémité. Ce sillon forme une encoche où l'on peut introduire l'ongle et l'extrémité de la pulpe digitale, dans toute l'étendue de son parcours.

Autour et tout le long du sillon on sent une surface dépolie et granuleuse de la largeur de deux à trois centimètres.

La plaie agrandie et fortement élargie au moyen de rétracteurs permet d'apercevoir une partie de ce sillon, qui apparaît recouvert d'une couche de granulations jaunâtres.

Toute l'étendue de la poche suppurée est fortement grattée à la curette. Le sillon granuleux et la surface voisine sont aussi grattés avec une curette plus petite, ce qui donne lieu à un écoulement de sang assez notable, arrêté par la compression faite avec une grosse éponge laissée en place pendant quelques minutes. Lavage abondant avec la solution très chaude de biiodure de mercure au demi-millième, et attouchement avec un tampon trempé dans la solution de chlorure de zinc au 12e.

La plaie est bourrée de lanières de gaze iodoformée dans un sac de gaze au salol (pansement de Mikulicz), et deux points de suture au crin de Florence passés à chaque extrémité de l'incision.

Le 22 mai, le malade a passé une bonne nuit. La température, qui était hier matin de 40°, est descendue à 38°. 1,200 grammes d'urines claires sans dépôt purulent. Le 23 mai, 1,300 grammes d'urine avec un peu de pus. T. 39°,2.

Malgré toutes les précautions prises, la plaie continue à être infectée. Le pansement est enlevé et l'on perçoit une odeur fécaloïde prononcée. Mais une recherche attentive ne permet pas de reconnaître de matière stercorale dans le pus, ni de trajet fistuleux dans le fond de la plaie. Le pansement à la gaze iodoformée est renouvelé tous les jours avec lavage abondant au biiodure.

Ces pansements sont rendus très difficiles par l'indocilité rare du malade (il mord les infirmiers et même les élèves qui le soignent). Ils sont pourtant continués du 24 mai jusqu'au 10 juin. Pendant cette période l'état septique continue ; grandes oscillations thermométriques avec exacerbations vespérales de plus de deux degrés (38 à 40°,2).

En même temps, il y a de la polyurie trouble. La quantité journalière d'urine varie entre 1,750 et 2,500 grammes. Elle continue à contenir du pus, et les jours où cette quantité est plus forte sont marqués par une défervescence relative (39°,5 au lieu de 40°).

Le 30 mai, les urines sont examinées par M. Melchior Robert. En voici le résultat : quantité rendue depuis vingt-quatre heures, 2,000 grammes ; dépôt purulent, 200 grammes. Ni sucre ni albumine.

Au microscope, on ne découvre aucun élément épithélial nettement figuré, mais seulement quelques masses granulo-graisseuses amorphes jaunâtres. D'autres masses granuleuses plus claires contiennent des petits bâtonnets fins, qui, laissés entre deux lamelles, se développent rapidement, et le lendemain la préparation présente un fin réseau de filaments.

L'état général du malade commence à devenir alarmant. Il ne veut pas manger ; il est pâle, maigre et très affaibli.

En présence de cet état et de l'échec de la première intervention, j'en propose une seconde plus radicale, qui, après bien des refus, est enfin acceptée.

Nephrectomie pratiquée, le 11 juin, en présence de MM. les Drs Gamel, professeur suppléant, chirurgien des hôpitaux, Pluyette, Dubourguet, Reboul et Melchior-Robert. T. le matin 39,8. Chloroforme.

La plaie, qui a largement bourgeonné, est rouverte sur l'incision antérieure et les bourgeons charnus excisés. Le rein étant profondément caché sous les côtes, je fais une nouvelle incision de 6 centimètres perpendiculaire à la première, et au moyen de laquelle je résèque les extrémités de la douzième et de la onzième côte dans l'étendue de 5 centimètres environ. Le cul-de-sac pleural épaissi, ce qui a rendu facile sa libération, apparaît à l'angle supérieur de la plaie. Celle-ci est encore agrandie par en bas, par une incision parallèle à la crête iliaque, de manière à limiter un volet et à donner plus d'aisance aux manœuvres. Le pédicule est atteint assez facilement et une longue pince à pression est placée à son origine. J'essaye alors d'extraire le rein en entier ; mais, malgré des tentatives réitérées, je ne puis y réussir. Je me décide alors à le morceler, ce que je fais facilement avec les doigts de la main gauche, et j'arrive à l'extraire en trois morceaux.

La plaie nettoyée et abstergée laisse voir une loge profondément

située sous les côtes et le diaphragme. Au fond, on aperçoit un orifice qui ne peut être que celui de l'uretère. J'essaye de le lier, mais la difficulté d'y parvenir m'y fait renoncer à tort. Par la même raison, je renonce à remplacer la pince par une ligature qui pourrait se relâcher, et je préfère la laisser en place, d'autant plus que l'état d'infection antérieure m'interdit de tenter la réunion.

Pansement à la gaze iodoformée. Les deux petits côtés de l'incision en volet sont seuls suturés au crin de Florence. T. le soir 37°.

L'état se maintient satisfaisant jusqu'au 14, où un léger dépôt de pus se montre de nouveau dans les urines. Le pansement est renouvelé. 4 grains de salol, qui sont du reste pris très irrégulièrement.

Les urines continuent à être rendues en quantité notable. De 550 grammes, le lendemain de l'opération, elles montent à 1,300, 1,100, 1,550, 1,150, 1,250, et toujours avec un léger dépôt purulent.

Le 20 juin, la température monte brusquement à 40°,6 avec 1,100 grammes d'urine presque claire; mais, le lendemain 21, émission de 1,500 grammes avec abondant dépôt et chute à 37°.

Le même phénomène se reproduit le 22, avec encore 40° de température et 1,500 grammes d'urine peu chargée. Le lendemain, chute au-dessous de 37° avec 2,300 grammes d'urines très chargées de pus.

A partir de ce moment, ces crises s'apaisent et la température redevient normale, aux environs de 37°,5. Mais, jusqu'au 28 juin, les urines continuent à charrier un peu de pus qui enfin finit par disparaître complètement.

La polyurie continue et se maintient longtemps encore aux environs de 2 litres par jour avec des exacerbations : 2,800 grammes le 28 juin ; 2,250 grammes le 1er juillet ; 2,500 grammes le 14 et le 15 juillet. Elles sont examinées de nouveau le 24 juillet et ne présentent rien de spécial.

Cependant, l'état local et général de l'opéré s'améliorent. Il mange avec appétit et engraisse rapidement.

Il commence à se lever le 1er juillet et sort, sa plaie étant entièrement cicatrisée, le 29 juillet.

A ce moment il est en très bon état. Rien d'anormal à l'auscultation.

Le malade est revenu nous voir le 12 novembre passé. Sa santé est excellente; il a repris son embonpoint et sa vigueur d'autrefois. Il dit que ses urines sont normales comme quantité et comme qualité.

L'auscultation du cœur ne fait percevoir aucun bruit anormal. Toutefois il faut noter la force de l'impulsion cardiaque, qui soulève la tête appliquée sur la région.

L'examen de la pièce a permis de constater, à la surface du rein, un sillon oblique qui était manifestement la trace du coup de couteau. Par quelle voie s'est opérée l'infection ? Ce n'est pas par l'arme vulnérante, ce n'est sans doute pas non plus par auto-infection, le blessé n'ayant ni cystite ni chaudepisse. Il est beaucoup

plus probable que la pointe du couteau a dû rencontrer obliquement le côlon et y faire une piqûre légère, par où les gaz et même un peu de liquide stercoral se sont infiltrés. Je rappelle l'odeur fécaloïde de l'abcès périnéphrétique qui a persisté si longtemps. L'existence de cette fistulette que j'ai soupçonnée, mais qu'il m'a été impossible de découvrir, a sans doute été la causo de l'insuccès de la première intervention.

Lors de la néphrectomie, je crois que j'aurais dû persister dans mes premiers essais infructueux de ligature de l'uretère. L'avantage problématique de lui voir jouer le rôle de drain en le laissant béant ne compensait pas la chance de voir la vessie s'infecter à son tour et une pyélonéphrite ascendante se déclarer du côté sain. Et de fait, lorsque pendant les premiers jours je voyais l'urine toujours fortement purulente, je me demandais si ce pus ne venait pas, au moins en partie, du rein opposé. Il n'en a rien été, heureusement.

Je note enfin, pour terminer, que, comme dans ma dernière observation de néphrectomie que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société de chirurgie, la polyurie a précédé et suivi l'extirpation du rein.

Rapport.

Sur une observation de M. Leclerc, intitulée : *Luxation pathologique de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.*

Rapport par M. Nélaton.

M. Leclerc, de Saint-Malo, nous a communiqué une intéressante observation de luxation pathologique de la hanche survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Un garçon de 9 ans est atteint de fièvre typhoïde au mois d'avril 1890.

Le 2 mai, au début de la convalescence, l'enfant accusa des douleurs dans les deux hanches, principalement au niveau de la hanche droite. Peu à peu les cuisses se fléchirent sur le bassin, et le 11 mai l'enfant, souffrant de plus en plus de la hanche droite, s'inclina sur le côté gauche, ayant la cuisse droite en l'air, fléchie et dans l'adduction.

M. Leclerc vit le petit malade le 13 mai. Il le trouva dans l'attitude que nous venons de dire et, l'ayant examiné, constata que « la fesse droite était tuméfiée, qu'elle était plus chaude que celle du

côté opposé, que le grand trochanter ne semblait pas augmenté de volume ». L'enfant poussait des cris au moindre attouchement, il accusait des douleurs spontanées au niveau du genou et de la fesse.

Il y avait de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie.

M. Leclerc, ne pouvant examiner complètement l'enfant en raison des souffrances que provoquait le moindre attouchement, pensa à l'existence d'une périostite du décours de la fièvre typhoïde, localisée au niveau du grand trochanter.

Les phénomènes généraux observés les jours suivants semblèrent corroborer son diagnostic. En effet, le 14 mai, la température axillaire était de 39°,5, de 41° le 15 mai. Le 16, elle tomba à 38°,5 et resta à peu près à ce chiffre jusqu'au 19. Les douleurs étaient toujours très vives, la tuméfaction fessière de plus en plus accusée.

Le 19 mai, M. Leclerc prit la résolution d'intervenir pour trépaner le trochanter, et, à son grand étonnement, dès que l'enfant fut anesthésié, « je vis, » nous dit-il, « la tuméfaction en masse de la région fessière se fondre en quelque sorte, et à la place de ce gonflement, qui semblait être inflammatoire, je trouvai la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe. En portant le membre dans l'extension et la rotation en dehors on réduisait la luxation qui se reproduisait à la plus légère flexion. »

Après quelques hésitations dans le traitement et la reproduction de la luxation à trois ou quatre reprises, le déplacement fut définitivement corrigé, et le 14 octobre l'enfant pouvait être considéré comme guéri. Il marche avec une très légère claudication, mais l'attitude et la longueur du membre sont normales et les mouvements de la hanche ont toute leur étendue.

M. Leclerc attire notre attention sur deux points :

1° La persistance de l'élévation thermique et des douleurs après la luxation, ce qui constitue un fait anormal;

2° La rétraction des muscles adducteurs qui explique la luxation.

Dans l'observation de mon petit malade, nous dit M. Leclerc, il existe un fait quelque peu paradoxal et que je renonce à expliquer; je veux parler de l'élévation de température et du frisson qui m'ont confirmé dans une erreur de diagnostic presque inévitable.

En effet, dans la plupart des observations analogues publiées tant par M. Verneuil que par divers autres chirurgiens, observations dont l'indication et le résumé se trouvent dans le travail de MM. Fargue et Maubrac, la température tombe et les souffrances cessent dès que la luxation est produite.

Mais le défaut d'observation rigoureuse, jour par jour, du malade de M. Leclerc nous laisse dans l'incertitude en présence du phénomène paradoxal qu'il nous signale. M. Leclerc nous dit : la température a atteint 41° et les souffrances sont restées vives bien que la luxation fût produite.

Mais qui nous dit que la luxation exista à ce moment? M. Leclerc voit le malade le 13 mai et ne constate pas de luxation. Le lendemain, la température est à 39°,5; le surlendemain, 16 mai, à 41°; puis brusquement elle tombe, le 17 mai, à 38°,5, et reste à ce niveau à peu près; car M. Leclerc ne nous donne pas les températures exactes ensuite. Enfin, le 19, il constate la luxation. Ne sommes-nous pas autorisés à penser que la luxation s'est produite du 16 au 17, et que sa production a été accompagnée, comme de coutume, d'une chute de la fièvre. C'est une hypothèse, dira-t-on ? A coup sûr, mais encore faudrait-il démontrer qu'elle est fausse, avant d'admettre un phénomène paradoxal.

Le second point sur lequel insiste M. Leclerc a trait à la pathogénie ; il adopte la théorie proposée par M. Verneuil : sous l'influence de l'arthrite coxo-fémorale, les adducteurs se contractant font saillir en arrière la tête fémorale qui distend la partie postérieure de la capsule, et se luxe dans la fosse iliaque externe.

C'est évidemment là la pathogénie probable; elle est généralement acceptée, bien qu'aucune pièce ne la démontre péremptoirement.

Je vous propose donc de déposer le mémoire de M. Leclerc dans nos archives, d'adresser des remerciements à l'auteur et de le classer dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondants nationaux.

Rapport.

Sur une observation de M. Claudot, intitulée : *Contribution à l'étude des luxations du genou en dehors.*

Rapport par M. Nélaton.

M. Claudot nous a communiqué une observation de luxation du genou en dehors, suivie d'un petit mémoire sur cette question.

Voici l'observation : Il s'agit d'un homme de 54 ans, bien portant, mais ayant eu antérieurement des manifestations rhumatismales articulaires. Cet homme fait une chute en traversant une voie de chemin de fer. Il ne se rappelle pas comment il est tombé et ne peut fournir aucun renseignement sur les conditions dans lesquelles s'est produit l'accident.

M. Claudot voit le blessé trente heures après l'accident; il remarque immédiatement la disposition en baïonnette du membre inférieur, *l'obliquité du tendon rotulien.* La palpation lui fait reconnaître que le condyle interne du fémur déborde en dedans le plateau tibial correspondant, et que le plateau interne du tibia déborde le fémur en dehors. M. Claudot estime que l'étendue du déplacement des surfaces articulaires n'égalait pas tout à fait le tiers de leur largeur.

M. Claudot, ayant fait pratiquer une traction sur la jambe par un aide, pendant qu'un deuxième aide faisait la contre-extension sur le fémur, pratiqua lui-même la coaptation et réduisit non sans quelques difficultés. Puis il plaça le membre dans une gouttière en fil de fer et maintint la réduction à l'aide de lacs et de coussins.

Le quatorzième jour, le membre fut retiré de sa gouttière en fil de fer pour être placé dans un appareil plâtré.

Dans les manœuvres nécessitées par l'application de cet appareil, les aides sentirent un craquement et pensèrent que le déplacement s'était reproduit: mais il fut réduit aussitôt, et le membre emprisonné en bonne position dans la gouttière platrée.

L'appareil fut retiré le 14 novembre; deux valves platrées maintenant le genou furent appliquées sur lui pour en limiter les mouvements, et l'on autorisa la marche avec des béquilles.

Le 6 décembre, un examen complet du malade permet à M. Claudot de reconnaître que la subluxation s'est peu à peu reproduite. Le tibia est légèrement saillant en dehors, le condyle fémoral en dedans. Le tendon rotulien est oblique au lieu d'être vertical, le genou est demi-ankylosé.

En avril 1890, nous dit M. Claudot, le blessé a une subluxation avec faiblesse du membre, il ne peut marcher facilement qu'avec l'aide d'une canne : il y a donc une demi-infirmité.

M. Claudot fait suivre la description très circonstanciée de cette observation d'un relevé de la plupart des cas de luxation du genou en dehors publiées jusqu'à ce jour. Il n'apporte pas d'autres matériaux nouveaux à la question que son intéressante observation, qui nous montre qu'en présence d'une semblable lésion le chirurgien doit réserver son pronostic.

Discussion.

M. Bazy. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, un cas analogue à celui de M. Claudot. Il s'agissait d'un homme de 50 ans, qui eut la jambe droite prise dans les rayons de la roue d'une grosse voiture. Il s'ensuivit une luxation en dedans du tibia avec la déformation et les troubles fonctionnels caractéristiques,

Je pus réduire sans difficulté et immobiliser le membre dans un appareil plâtré, jusqu'à guérison. Le malade sortit de l'hôpital, conservant une certaine roideur des mouvements de l'articulation.

Rapport.

Sur une observation de M. le Dr Michaux, chirurgien des hôpitaux, intitulée : *Récidive cancéreuse dans la cicatrice abdominale d'une ovariotomie pratiquée quatre ans auparavant.*

Rapport par M. Ed. Schwartz.

Les faits de généralisation et de récidive, après l'ablation des kystes de l'ovaire, nous sont bien connus depuis l'observation communiquée en 1874 par le professeur Panas à notre Société, depuis les communications de notre collègue le docteur Terrillon en 1885, depuis la thèse de Poupinel en 1886, où se trouvent rassemblés et classés méthodiquement tous les documents sur le sujet.

Les cas de récidives dans la paroi abdominale, et en particulier dans la cicatrice de l'ovariotomie, sont relativement assez rares, surtout quand la tumeur est isolée, pour que M. le docteur Michaux ait pensé qu'il serait intéressant de nous communiquer l'observation que voici :

La femme L..., âgée de 63 ans, concierge, a été opérée d'un kyste de l'ovaire il y a quatre ans, par le Dr L. Labbé. Cinq semaines après, la malade quittait l'hôpital, guérie, et reprenait son travail, sans ressentir ni gêne ni douleur. Ce n'est qu'il y a sept mois, soit trois ans et demi après l'opération, que s'est montrée, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice abdominale, une petite tumeur qui a bientôt acquis le volume d'un œuf de pigeon. Elle a été suivie rapidement d'une série de noyaux échelonnés tout le long de la cicatrice. Aujourd'hui, ceux-ci se sont rejoints et confondus, surtout étalés et diffus à la partie inférieure, où ils ont envahi la peau qui présente toutes les altérations de la carcinose cutanée ; ils vont en diminuant d'étendue transversale à la partie supérieure, notamment au voisinage de l'ombilic où l'on trouve une masse néoplasique absolument isolée. Ces noyaux adhèrent à la cicatrice qu'ils ont totalement déformée ; ils sont relativement mobiles sur les parties profondes. Il existe dans la région inguinale droite une adénopathie dure qui a débuté il y a deux mois environ, et sur la nature de laquelle il ne saurait y avoir de doutes. La tumeur des parois est douloureuse ; depuis deux mois surtout, la malade a perdu l'appétit ; elle s'est affaiblie et a considérablement maigri. Son teint est pâle, presque jaune. Le diagnostic n'est pas douteux ; l'on se trouve en présence d'un cancer développé dans la cicatrice d'une laparotomie pour

kyste ovarique. M. Michaux a cherché à avoir des renseignements sur l'opération pratiquée il y a quatre ans, sur la nature du kyste enlevé. Voici ceux qu'il a pu recueillir :

Le kyste du volume d'une tète d'adulte était uniloculaire, à parois très minces, tellement minces qu'on pouvait en craindre la rupture; il était libre de toute adhérence. Son extraction ne nécessita aucune manœuvre difficile, et suivant toute probabilité le liquide du kyste n'a pu souiller les bords de la plaie abdominale. L'ovaire gauche présentait quelques légères dilatations et quelques masses granuleuses qui ont paru suspectes. Mais il n'a pas été fait d'examen histologique précis. Il n'est pas douteux pour notre confrère que, pendant les manœuvres de l'ablation, ces masses, qui étaient sans doute épithiliales, ont dû être en contact direct ou indirect, par l'intermédiaire des mains du chirurgien, sur la plaie de la laparotomie ; il fait toutefois remarquer que ces lésions étaient aussi peu marquées que possible; qu'il arrive bien souvent qu'on ait affaire à des tumeurs bien autrement dégénérées, dont le liquide souille la paroi, sans qu'il en résulte de récidive néoplasique dans la cicatrice de la laparotomie. Il est bon d'ajouter que la malade ne présente actuellement aucune trace de récidive profonde du côté de la matrice ou des annexes. Un examen attentif n'a rien revélé non plus, ni dans les seins, ni dans l'estomac. L'appétit est nul, mais il n'y a ni vomissements ni douleurs gastralgiques.

Telle est l'observation du Dr Michaux. Elle lui paraît intéressante à deux points de vue : d'abord par la localisation au moins apparente de la récidive dans la cicatrice abdominale; ensuite par le fait que le kyste initial semblait ne pas présenter les caractères classiques des tumeurs malignes de l'ovaire, sujettes à récidive et à généralisation. Il nous est impossible, vu l'absence de renseignements précis et d'un examen microscopique complet, de nous appesantir sur ces deux points, et, quoique le mécanisme de la greffe cancéreuse soit bien tentant à admettre, ne pourrait-on pas nous objecter dans le cas actuel, surtout vu l'âge de la malade, qu'il s'agit là d'une tumeur développée sur une cicatrice et n'ayant avec le kyste enlevé 4 mois auparavant aucune relation pathogénique? Cette objection serait d'autant plus plausible que presque toujours, dans les observations de récidives dans la cicatrice, à la suite d'ovariotomies pour tumeurs épithéliales de l'ovaire, on note la prise de viscères abdominuax ou thoraciques, celle du péritoine ou des organes pelviens.

Mais nous ne voulons pas insister davantage, d'autant plus que quelques lacunes discutables de l'observation de notre confrère ne peuvent lui être imputées. Nous nous proposons donc de lui adresser des remerciements et de déposer son manuscrit dans nos archives.

Discussion.

M. Routier. J'ai opéré, le 7 septembre 1890, une malade atteinte d'un sarcome de l'utérus volumineux, mais bien pédiculé, dont la croissance avait été très rapide. L'opération fut simple ainsi que la guérison. L'incision, à laquelle j'avais dû donner une longueur considérable, se cicatrisa par première intention, et tout allait à souhait, lorsque, trois semaines après l'opération, je vis survenir dans deux points de la cicatrice, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, deux tumeurs végétantes papillomateuses de mauvais aspect. Je les excisai et cautérisai leur point d'implantation au thermocautère. La malade va bien actuellement; mais l'opération est encore bien récente, et de fortes douleurs lombaires qu'elle éprouve me font craindre qu'elle n'échappe point à la loi générale, qui veut que les tumeurs de cette nature récidivent rapidement.

M. Terrillon. Je viens d'observer deux faits bien remarquables de greffe néoplasique sur les organes de l'abdomen, tous deux à la suite de ruptures de kystes de l'ovaire, qui avaient permis un séjour plus ou moins prolongé de la matière kystique dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, la rupture avait eu lieu vingt jours avant l'opération. Je constatai certaines adhérences du contenu kystique avec l'épiploon et l'intestin. Ces adhérences furent soigneusement détruites. La guérison eut lieu sans incidents. Au bout d'un an environ, il existait une récidive manifeste. L'abdomen était distendu par une tumeur volumineuse qui nécessita une seconde opération. Je constatai la présence, dans le péritoine, d'une masse gélatineuse consistante, de forme arrondie, recouverte par l'épiploon que je dus réséquer en totalité au niveau de ses attaches à l'estomac et au côlon, et dont le poids était de 5 kilogrammes. La malade est actuellement guérie depuis dix-huit mois de cette seconde opération.

Le second fait est tout récent. L'année dernière, j'opérai pour la première fois une jeune femme qui portait un kyste ovarique rompu depuis quelque temps dans le péritoine. Je dus extirper l'autre ovaire qui me semblait déjà altéré. La guérison ici encore se fit très bien, mais la récidive est promptement survenue et j'ai dû faire, il y a vingt jours, une nouvelle ouverture du ventre qui m'a permis d'enlever une masse gélatineuse de même composition que celle extirpée précédemment, et à laquelle l'épiploon, là encore, était soudé en totalité.

M. Championnière. L'observation de M. Michaux est intéressante, mais un peu écourtée. Nous connaissons depuis longtemps des

greffes de tumeurs malignes à la paroi abdominale, greffes auxquelles ont donné lieu de simples piqûres de trocart. Mais il est bien possible, probable même, que le ventre de sa malade renferme déjà des tumeurs de récidive analogues à celle de la cicatrice ellemême.

J'ai opéré une femme, il y a quelque temps, pour une tumeur abdominale sans diagnostic précis. A l'ouverture du ventre je tombai sur des masses très vasculaires, d'aspect douteux. La tumeur extirpée, je constatai qu'elle était formée en apparence par un double hémato-salpinx, et je revins de la fâcheuse impression que j'avais eue d'abord.

Six mois plus tard, la malade revint avec une tumeur de la paroi abdominale; mais je vis évoluer avec rapidité une tumeur volumineuse intra-pelvienne adhérente, qui provoqua bientôt une ascite considérable.

Cependant, on peut admettre que, d'une façon générale, les kystes ovariques ne récidivent pas, et que si parfois on a des récidives ou des généralisations à constater, c'est qu'il existait dans la paroi de la tumeur des causes de malignité spéciale, que ne pouvait aucunement révéler leur aspect.

M. Bouilly. J'ai observé récemment un cas qui a une certaine analogie avec les précédents, mais dont l'explication offre de réelles difficultés. Il s'agit d'une femme de 50 ans que j'ai opérée en 1889.

Cette malade avait une tumeur abdominable qui s'était accrue assez rapidement, volumineuse, obscurément fluctuante, que je pris pour un kyste à parois épaisses ou un sarcome de l'utérus. Mais, en outre, elle portait au niveau de la région ombilicale un papillome exulcéré, suintant, entouré d'excroissances verruqueuses de la peau attenante. Je fis précéder l'ouverture de la cavité abdominale d'une excision totale de cette tumeur. Je tombai sur un fibrome kystique que j'enlevai en même temps que trois ou quatre fibromes sous-péritonéaux pédiculés, du volume du poing.

La guérison fut rapide et la malade se rétablit complètement d'abord.

Au mois de juillet dernier, je la revis avec un ventre distendu par de l'ascite, derrière laquelle on constatait sans difficulté des tumeurs d'origine épiploïque et tous les signes d'une généralisation péritonéale.

L'ascite augmenta rapidement, la malade s'affaiblit et a succombé récemment.

Quelle a été l'origine de cette reproduction, puisque la tumeur que j'ai extirpée était incontestablement de bonne nature, et

que la précaution que j'avais prise d'exciser largement et en totalité le papillome ombilical doit éloigner de toute idée d'une greffe néoplastique?

La généralisation péritonéale n'est-elle pas simplement la marque d'une infection générale, provenant du sarcome papillaire ombilical? Cet exemple montre quelle défiance il faut avoir à l'égard de ces tumeurs.

M. Quénu. Il me semble impossible, au point de vue anatomique, de considérer les kystes récidivants comme d'une nature particulière. Histologiquement, il n'existe aucune différence de structure entre les uns et les autres.

L'aspect extérieur ne renseigne guère davantage, car on voit des tumeurs papillaires guérir définitivement, tandis que des kystes d'apparence très simple récidivent et se généralisent. La structure ni l'aspect de ces tumeurs ne sauraient donc être un critérium de leur malignité. Il faut bien se garder, du reste, de considérer comme des récidives une simple continuation de l'affection.

Il est fréquent, dans le cours des laparotomies, d'observer des végétations d'aspect indécis sur l'épiploon, sur l'intestin, sur le péritoine pelvien. Il est presque toujours impossible d'affirmer si, dans l'espèce, il s'agit de la généralisation d'une tumeur maligne ou de simples produits inflammatoires; car on sait que certaines péritonites non infectieuses peuvent déterminer des semblables modalités anatomiques.

Il semble que la récidive survient plus aisément lorsque le pédicule a dû être maintenu au dehors.

J'ai vu une malade de M. Terrier, opérée il y a cinq ou six ans, chez laquelle le pédicule avait dû subir ce mode de traitement, présenter au bout de quelque temps une tumeur de l'excavation qui semblait bien s'être développée sur la portion pelvienne du pédicule. Cette tumeur put du reste être extirpée au prix d'une lésion du rectum qui fut suturé.

M. Championnière. Je ne puis trop m'élever contre cette affirmation que tous les kystes ovariques peuvent récidiver, parce que l'histologie n'a pas encore, jusqu'à ce jour, su faire la différence de deux variétés dont les dissemblances cliniques sont si grandes. Cette différence, que dans bien des cas le simple aspect peut révéler, doit exister, et je ne doute point que des progrès ultérieurs ne permettent de la reconnaître.

Le mal fondé des prétentions de l'histologie ne se montre point seulement, du reste, au sujet des tumeurs ovariques. Il y a quelques années, je fis examiner, dans un des laboratoires le plus justement

renommés, un néoplasme provenant d'un os. Tandis que l'examen affirmait l'innocence de cette production, le malade présentait tous les signes d'une généralisation à laquelle il succombait rapidement.

M. Quénu fait observer à M. Championnière qu'il n'a eu en aucune façon l'intention d'engager l'avenir; qu'il a simplement tenu à affirmer que, comme l'expérience directe le lui a démontré, il n'existe aujourd'hui aucuns caractères histologiques qui permettent de préjuger de la bénignité ou de la malignité des kystes ovariques.

M. Bouilly. Je tiens à faire observer que les papillomes se comportent si bien comme des tumeurs bénignes, qu'il me répugne d'admettre qu'ils fussent dans mon cas l'expression d'une maladie générale.

M. Terrillon. Il est impossible actuellement de remonter à la cause pour laquelle certains kystes récidivent. J'ai pratiqué, en dehors des deux cas que je viens de mentionner, sept fois la laparotomie pour des kystes rompus dans le péritoine, et n'ai vu aucune récidive se produire, bien que quelques-unes de mes opérations datent de plusieurs années.

M. Schwartz. Peut-être le papillome de la malade de M. Bouilly était-il une lésion secondaire; c'est tout au moins ce qu'il semble résulter des conclusions d'une thèse récente de Steven, dont les observations ont trait à des manifestations néoplasiques de l'ombilic, symptomatiques d'un cancer profond.

Lecture.

M. Ziembicki (de Lemberg) lit un travail sur une observation de *résection des lobes de la prostate hyperthrophiée, au moyen de la taille hypogastrique.*

(Renvoyé à une commission dont M. Bazy est rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Schmitt présente à la Société un malade porteur de deux tumeurs du crâne qui ont récidivé à la suite d'une première extirpation incomplète, et qui sont constituées, suivant toute vraisemblance, par un sarcome du diploé.

Présentation d'instrument.

M. Quénu a remplacé les coussins à air d'une pince à résection intestinale, qu'il a récemment présentée, par des drains en caoutchouc rouge, qui s'adaptent à l'instrument avec facilité et qu'on peut renouveler à volonté.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 31 décembre 1890.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le compte rendu de la clinique chirurgicale d'Helsingfors pour 1889, par M. Saltzman.

Rapport.

Trépanation primitive pour une fracture du crâne avec enfoncement ; hémorrhagie de la méningée moyenne arrêtée par tamponnement, par M. le Dr Claudot, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. Routier.

Messieurs, M. le Dr Claudot, médecin principal de l'armée, au Mans, nous a envoyé une observation intéressante touchant une intervention hâtive à propos d'une plaie du crâne; il mentionne en

même temps une observation que j'ai présentée le 3 juin 1890 à l'Académie de médecine, et qui, en effet, a plusieurs points d'analogie avec la sienne.

Il s'agit d'un chasseur à cheval qui, le 13 mars 1890, fut atteint d'un coup de pied de cheval dans la région temporale droite.

L'homme tomba comme une masse ; mais, reprenant ses sens au bout de deux ou trois minutes, il se mit à pousser de grands cris.

Depuis ce moment, il ne perdit plus connaissance.

On le transporta à l'hôpital, où, soutenu par deux infirmiers, il put faire quelques pas.

Il existait une plaie à lambeau angulaire, saignant assez abondamment; on avait pratiqué un tamponnement à l'amadou pour arrêter le sang.

Il était 7 heures 45 minutes du soir; l'accident remontait à quatre heures environ. La dépression était grande, mais on ne constatait ni contracture ni paralysie.

Le pansement enlevé, le sang repartit, et il fut facile de s'assurer qu'il venait non seulement des parties molles, mais surtout de la profondeur et comme de l'intérieur du crâne.

Quand on appuyait sur la région blessée, on provoquait des mouvements désordonnés, arythmiques, et le blessé poussait des cris.

Après avoir pris les précautions nécessaires pour désinfecter cette plaie, M. le Dr Claudot débrida les parties molles et put constater l'existence d'un enfoncement manifeste ; un fragment du crâne, à forme rectangulaire, de 2 centimètres et demi sur 5 centimètres environ, était détaché sur ses quatre côtés et assez fortement enfoncé en totalité vers le cerveau.

Ce fragment put être extrait avec une pince ; on y voyait sur sa face interne le sillon de l'artère méningée.

Le sang venait bien du fond, de l'angle formé par la paroi crânienne et par la dure-mère, mais on ne vit pas de jet.

L'hémostase fut assurée par des tampons iodoformés tapis dans la plaie qui, probablement à cause de ses bords contus, ne fut pas réunie et marcha du reste très normalement vers la guérison, laquelle fut complète le 20 mai, c'est-à-dire trente-sept jours après l'accident.

Sauf la dépression signalée, il n'y avait pas eu de phénomènes généraux; notre confrère note cependant une dysurie et des vomissements qui avaient suivi le choc et qui semblèrent arrêtés par son intervention.

M. le Dr Claudot rapproche ce fait de l'observation que j'ai présentée à l'Académie ; le cas n'est cependant pas le même.

Le malade que j'ai observé n'avait pas de plaie : il avait, à la

suite d'une chute dans une cave, pu remonter l'escalier, traverser la rue et rentrer chez lui; là, après quelques instants, étaient survenues la perte de connaissance et l'hémiplégie, et c'est vingt-quatre heures après, alors qu'il était en résolution complète, dans le coma absolu, que j'intervins, ayant diagnostiqué une compression cérébrale par hémorrhagie.

Dans mon cas comme dans celui de M. Claudot, un fragment quadrangulaire du crâne était complètement détaché et portait sur sa face interne le sillon de la méningée moyenne : ce fragment n'était pas déplacé ; mais, au-dessous de lui, un gros caillot, de 75 grammes environ, comprimait le cerveau, et je pus voir le jet très fort de l'artère méningée.

C'est parce que je ne pus pas saisir cette artère que je fis l'hémostase par compression avec des tampons iodoformés; et c'est sans doute parce que cette compression était forte et volumineuse que j'eus à constater, le lendemain, de l'aphasie chez mon malade, qui avait du reste parfaitement repris ses sens.

L'ablation de la longue mèche de gaze iodoformée qui m'avait servi à faire l'hémostase fut aussitôt suivie de la disparition de cette aphasie.

J'avais présenté ce malade pour montrer que, dans les traumatismes du crâne, on peut, sans plaie extérieure, soupçonner et même affirmer une hémorrhagie, due à la rupture de l'artère méningée ; que si la ligature de cette artère est impossible pour diverses raisons, on peut arrêter l'hémorrhagie par compression, grâce aux plans résistants fournis par la paroi osseuse d'une part, par la dure-mère de l'autre.

Enfin et surtout, ce qui m'avait paru intéressant, c'était l'expérience de laboratoire réalisée sur mon malade : cette aphasie transitoire par compression.

Il n'en a pas été de même dans le cas de M. le Dr Claudot, qui avait affaire à une fracture ouverte ; nous ne pouvons que le féliciter d'avoir suivi les préceptes de la chirurgie moderne, c'est-à-dire exploration du foyer traumatique après désinfection soigneuse, régularisation du foyer, simplification du traumatisme, par l'ablation des esquilles et des corps étrangers qu'il aurait pu rencontrer ; enfin hémostase. Ici, le tamponnement s'imposait, puisqu'il n'y avait pas de jet visible.

Il n'est pas douteux que ce blessé, dans d'autres conditions, même avec un bon pansement antiseptique sur sa plaie non nettoyée, n'eût succombé soit du fait de son hémorrhagie, soit du fait de sa fracture comminutive.

Je vous propose donc d'adresser des félicitations à l'auteur et de déposer son observation aux archives.

Communication.

Prolapsus total du rectum, traité et guéri par le procédé de M. Verneuil modifié (recto-coccypexie),

Par le Dr Gérard-Marchant, membre de la Société de chirurgie.

La Société de chirurgie a déjà discuté la question du traitement du prolapsus du rectum, et il y a un an à peine, M. Nélaton nous faisait à ce sujet une communication des plus intéressantes (27 novembre 1889). A l'occasion de cette discussion, M. Verneuil nous décrivit son procédé de *rectopexie*, en même temps que MM. Segond, Routier, Delens, nous indiquaient les procédés qu'ils avaient suivis dans la cure de cette affection.

A l'Académie de médecine, M. le professeur Verneuil a fait un rapport sur la *colopexie*, cette opération nouvelle que M. Jeannel (de Toulouse) a proposée pour les formes graves du prolapsus rectal. (*Bull. Acad. de méd.*, 1889, n° 40.)

Cette année même, M. le Dr Lyot, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, résumait dans une bonne thèse *les différents procédés de traitement du prolapsus du rectum* (Paris, 1890).

Malgré toutes ces publications, une certaine hésitation règne encore au sujet des indications de tel ou tel procédé : aussi avons-nous cru faire œuvre utile en présentant à la Société de chirurgie une observation de *prolapsus total du rectum* traité et guéri par la *rectopexie*.

Le malade que j'ai eu à soigner était entré à l'hôpital Lariboisière en septembre 1890, dans le service de mon excellent maître et ami M. Berger, que j'avais l'honneur de suppléer : c'était un homme de 45 ans, atteint depuis douze ans d'un prolapsus du rectum survenu sans cause appréciable. L'intestin ne s'échappe qu'au moment des efforts de la défécation, et il rentre ensuite sous l'influence des manœuvres que fait le malade pour le réduire.

Le prolapsus est de 10 centimètres, et le boudin, saillant, rouge, œdématié, est formé par la totalité du cylindre rectal : les parois sont, en effet, épaisses, et à l'union de l'anus et du cylindre prolabé, il existe un sillon que l'extrémité de l'index peut parcourir.

La réduction de la tumeur facilement effectuée, l'anus se présente sous la forme d'une fente allongée ; deux doigts y pénètrent avec aisance, c'est-à-dire sans être serrés ; néanmoins la tumeur reste réduite tant que le malade ne fait pas un grand effort ; il est d'ailleurs utile de remarquer que cet homme est suffisamment vigoureux et que son périnée est encore résistant.

J'avais à choisir, pour guérir ce malade, entre différents procédés :

1° Les procédés de *résection* ou d'*extirpation ;*

2° Les procédés de *suspension avec fixation de l'intestin ;*

3° Les procédés de *rétrécissement de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum* (*périnéorraphie anale*).

J'omets à dessein les cautérisations soit avec l'acide nitrique (Jœsche, de Munich), le nitrate acide de mercure (Allingham), soit avec le thermocautère, bien que ces procédés aient donné des succès, le premier à M. Delens [1], dans deux cas, le second à MM. Routier [2] et Schwartz [3]. Cette méthode de traitement nous paraît surtout convenir aux *prolapsus muqueux*.

La résection, qui a donné des succès variables de durée à MM. Périer, Nélaton [4], des succès complets à MM. Trélat [5], Segond [6], Péan [7], qui est très recommandée à l'étranger par Trèves [8], Mickulicz [9], ne me semblait pas ici particulièrement applicable ; le prolapsus n'étant pas permanent, les tuniques rectales ne présentaient pas ces épaississements, ces adhérences qui indiquent la résection ; il n'y avait pas non plus de *rétrécissement cicatriciel*, comme dans le cas de Segond, ni de *dégénérescence néoplasique*, qui amènent un prolapsus symptomatique et commandent l'ablation de l'intestin pour remédier à la lésion dont il est le siège.

Chez mon malade, l'anus était suffisant, en dehors des efforts de défécation, le périnée résistant ; et une périnéorraphie anale (qui a donné des succès à Schwartz [10], à Duret [11]) ne se serait pas longtemps opposée à l'issue d'un intestin mal suspendu.

En effet, la fixation du rectum laissait surtout à désirer, et c'est du côté de l'appareil de suspension de l'intestin qu'il fallait diriger nos tentatives : nous avions le choix entre la *colopexie* et la *rectopexie*.

L'opération de M. Jeannel (*colopexie simple ou associée à l'anus contre nature*) restera toujours, quelle que soit la perfection du

[1] Delens, *Société de chirurgie*, 27 novembre 1889.

[2] Routier, *Thèse de Lyot*, p. 49.

[3] Schwartz, *Thèse de Lyot*, obs. III, p. 50.

[4] Périer et Nélaton, *Société de chirurgie*, 27 novembre 1889

[5] Trélat, *Thèse de Lyot*, obs. IV, p, 51.

[6] Segond, *Société de chirurgie*, novembre 1889.

[7] Péan, *Thèse de Menne*, Paris, 1889.

[8] Trèves, *The Lancet*, février 1890, p. 453.

[9] Mikulicz, *17e congrès de la Société all. de chirurgie*, 7 avril 1888 ; *Centralblatt*, 1888.

[10] Schwartz, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1889.

[11] Duret, *Journal des sciences méd. de Lille*, 21 janvier 1887, et *Thèse de Duret*, obs. XXII.

chirurgien, une opération sérieuse ; elle convient aux énormes prolapsus du rectum, et constitue une précieuse ressource lorsque la résection ou la rectopexie auront échoué : nous n'hésiterions pas à y recourir dans ces conditions.

Pour toutes ces raisons, la *rectopexie* nous sembla l'opération de choix dans ce cas particulier ; ce fut aussi l'avis de M. Berger.

L'opération fut pratiquée le 24 septembre 1890, avec l'assistance de MM. Berger, Lyot et Reblaud, internes du service ; je rappelle que le malade, chloroformé, doit être placé dans la position de la taille, le siège très élevé, et qu'il est indispensable d'obtenir une antisepsie préalable du rectum.

La *rectopexie postéro-inférieure*, imaginée et pratiquée par M. Verneuil, comprend trois temps bien distincts :

1° La dissection et l'excision d'un lambeau cutané destiné à mettre à jour la face postérieure du rectum, dans sa partie inférieure, et à retrancher en même temps une certaine quantité du sphincter anal ;

2° La fixation proprement dite de la paroi postérieure du rectum de chaque côté du pli interfessier à l'aide de fils dits fixateurs ;

3° Le rapprochement des bords de la plaie résultant de l'excision de la peau et du sphincter à l'aide de sutures.

Premier temps. — De chaque côté de l'anus, on tire une incision obliquement en bas et en arrière, longue de 4 centimètres.

Entre l'extrémité antérieure de ces incisions est comprise une portion de la circonférence anale correspondant à la quantité dont on veut rétrécir cet orifice. Elles commencent au point où la peau se confond avec la muqueuse : de leurs extrémités postérieures partent deux autres incisions qui convergent vers la pointe du coccyx et se rencontrent à ce niveau. On obtient ainsi une figure simulant un losange à côtés inégaux.

Le lambeau circonscrit de cette façon est disséqué d'arrière en avant, et on enlève en même temps, ce qui est facile en tirant sur le lambeau, le quart postérieur environ du sphincter anal, mais du sphincter seulement : on respecte avec soin la paroi rectale qui se trouve ainsi à découvert au fond de la plaie, et on lie au catgut quelques artérioles.

Après avoir exécuté ce premier temps en suivant strictement les règles indiquées par M. Verneuil, je constatai que la paroi postérieure du rectum bombait démesurément en arrière, qu'il y avait là comme un excès de longueur de la paroi rectale postérieure; j'eus alors l'idée de plisser transversalement cette paroi tombante et d'en diminuer la hauteur avant de la fixer ; pour obtenir ce résultat, je fis une série de *plicatures rentrantes*, au

moyen de l'aiguille de Reverdin courbe, armée d'un catgut moyen; trois points de suture à la manière de Lembert, étagés de haut en bas, placés de chaque côté de la ligne médiane et n'intéressant pas la muqueuse, suffirent pour corriger l'excès de longueur de cette paroi rectale (*fig.* 1).

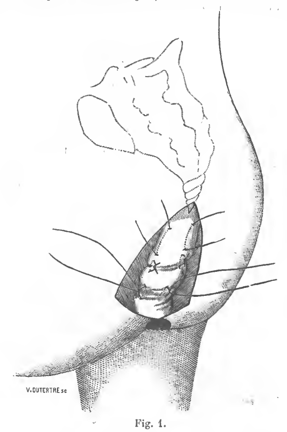


Fig. 1.

Pour favoriser l'accolement des plis adossés, je pris la précaution de gratter à la curette les points qui devaient être en contact, de faire, en un mot, une sorte d'avivement.

Ce n'est pas la première fois qu'on a l'idée d'agir sur les dimensions du rectum par la suture, et en 1884 Lange[1] (de New-York), pour diminuer le calibre du rectum, fit une série de sutures étagées au catgut iodoformé; mais le procédé de Lange diffère de celui que nous venons d'indiquer en ce sens que, par sa *rectorraphie externe longitudinale et médiane*, le chirurgien américain

[1] LANGE, *New York, med. Journ.*, 1884, n° 28.

cherchait, par une *plicature verticale*, à rétrécir le rectum, tandis que nous avons pratiqué une *rectorraphie externe transversale*, destinée à diminuer la hauteur du rectum.

Avant de fixer le rectum à la peau de la fesse, comme dans le procédé de Verneuil, je pensai qu'il était indispensable de donner à cet intestin mobile un point d'attache fixe, et songeai à l'assu-

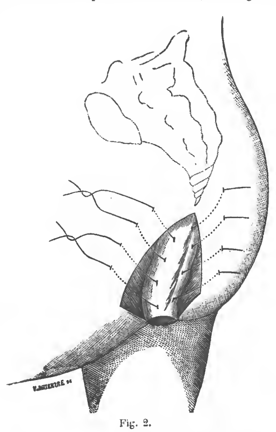


Fig. 2.

jettir au coccyx; il fut très simple, après avoir prolongé l'incision cutanée un peu au-dessus du coccyx, de découvrir la face antérieure du coccyx, de gratter, d'aviver le tissu fibreux précoccygien, d'engager, avec une aiguille de Reverdin, les chefs du catgut de la plicature inférieure du rectum à travers ce tissu fibreux précoccygien, de les nouer après les avoir entre-croisés; ainsi fut assuré le contact de la face postérieure du rectum avec la face antérieure du coccyx.

Il est aisé de comprendre que la fixation *recto-coccygienne* peut, suivant le degré du prolapsus, être reportée plus ou moins

haut, jusqu'au voisinage du sacrum (résection possible d'une partie du coccyx).

Pour rendre plus complète encore cette suspension du rectum, nous avons placé quatre fils fixateurs *recto-cutanés* à la manière de M. Verneuil (*fig.* 2).

Avec l'aiguille courbe d'Emmet ou une aiguille de Reverdin, on passe quatre crins de Florence solides, qui cheminent transversalement dans la paroi postérieure du rectum ; ils ne doivent, à aucun prix, intéresser la muqueuse ; on place ainsi quatre fils de haut en bas, le supérieur tangent à la pointe du coccyx, les trois autres à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi les uns au-dessous des autres, de telle sorte que le dernier se trouve à quelques centimètres seulement du point où l'on a sectionné le sphincter ; les chefs de ces fils doivent ensuite traverser la peau à 4 centimètres de la ligne médiane, et dans un plan supérieur à celui de la traversée rectale ; c'est ainsi que le fil supérieur perfore la peau à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne ; ils forment ainsi une série d'anses en forme d'U, au moyen desquelles on peut faire remonter l'intestin ; ces fils sont ensuite noués deux à deux d'un côté de la plaie ; il est bon de placer au-dessous de chaque nœud un petit bourdonnet de gaze iodoformée.

En résumé, dans ce deuxième temps, nous avons exécuté trois actes opératoires : 1° *une rectorraphie externe transversale*, pour diminuer la longueur de la paroi postérieure ; 2° *une première fixation, face à face, recto-coccygienne* ; 3° *une deuxième fixation recto-cutanée*, dernier acte opératoire qui constitue à lui seul le deuxième temps du procédé de M. Verneuil.

Nous avons terminé l'opération en suivant pas à pas les règles posées par M. Verneuil : on excise définitivement le lambeau cutané qui avait été rabattu et laissé adhérent par sa base, en respectant la muqueuse. Il suffit de passer quelques crins de Florence à l'aide de l'aiguille courbe au voisinage de l'anus et un peu plus haut pour activer l'affrontement et le rétrécissement de l'anus.

Tel est le procédé opératoire que nous avons suivi chez notre malade : les suites opératoires ont été simples, malgré une diarrhée apparue le soir même de l'intervention ; il sera toujours prudent de placer un drain entre le rectum et la peau réunie, de façon à favoriser l'issue des liquides infiltrés ; c'est pour avoir négligé cette précaution que, quelques jours après l'opération, on dut enlever un des fils voisins de l'anus, pour évacuer une certaine quantité de pus.

Le 18 octobre dernier, le malade était absolument guéri, et sur les notes qui m'ont été remises par M. Reblaud, interne du ser-

vice, je lis : « Ce malade ne présente pas l'ombre d'un prolapsus, même après défécation. »

Qu'il me soit permis, en terminant, d'aller au-devant de deux objections : un seul cas ne suffit pas pour juger un procédé ! Mais, répondrons-nous, M. Verneuil a déjà opéré deux de ses malades avec succès, et notre procédé de *recto-coccypexie* n'est qu'un perfectionnement de la méthode de M. Verneuil, suggéré par un cas particulier.

Un reproche plus sérieux s'adressera au peu de temps qui nous sépare de l'acte opératoire accompli chez notre malade. Cette guérison se maintiendra-t-elle, et ne connaissons-nous pas des cas de récidives après plusieurs mois ? Je me ferai un devoir, dans ce dernier cas, de vous signaler mon insuccès !

Discussion.

M. Berger. J'ai assisté à l'opération si habilement pratiquée par M. Marchand ; j'ai suivi et même soigné son malade ; j'ai été témoin du résultat obtenu, et je dois dire que je ne partage pas les réserves qu'il vient d'émettre sur le caractère définitif de la guérison. Les adhésions qui ont résisté quatre mois aux efforts de défécation me paraissent devoir être considérées comme bien solides et définitives ; d'ailleurs, la rectopexie ne prête pas au même reproche que les procédés d'extirpation dans lesquels la portion d'intestin situé au-dessus de la partie qu'on a retranchée tend naturellement à descendre et à s'invaginer à son tour à travers l'orifice anal.

La remarque que j'ai à faire vise le procédé opératoire employé par M. Gérard-Marchant. Notre collègue attribue en partie le succès qu'il a obtenu à la précaution qu'il a prise de raccourcir les dimensions longitudinales du rectum, en le fronçant dans le sens de la longueur, au moyen de points de suture passés dans le revêtement musculeux de cet intestin, et ne pénétrant pas dans sa cavité. Je crois qu'on pourrait atteindre le même but, plus sûrement encore, de la façon suivante :

La face postérieure du rectum étant découverte, sur toute la longueur de cette face, à droite et à gauche de la ligne médiane, on établirait une suture en surjet, ne comprenant que les tuniques musculeuses ; suture commençant au voisinage de l'anus pour se terminer le plus haut possible. En tirant fortement sur l'extrémité supérieure des deux fils ainsi disposés en spirale, on resserrerait les tours de cette spirale ; on froncerait donc la base postérieure du rectum en raccourcissant ses dimensions longitudinales, de part et d'autre de la ligne médiane ; puis les deux chefs de cette

suture pourraient être fixés au coccyx et maintenir de la sorte, et le raccourcissement de l'intestin, et sa suspension à un point solide.

Communication.

Chirurgie du foie,

Par le Dr Terrillon.

Les opérations pratiquées sur le foie sont en nombre assez restreint dans l'histoire de la chirurgie. Il y a quelques années à peine, un chirurgien hésitait à pratiquer une piqûre, une ponction exploratrice dans le foie ; à plus forte raison une incision profonde, surtout la résection d'une partie de l'organe, étaient-elles regardées comme des interventions extraordinaires. Il en était de même pour la vésicule biliaire, à laquelle on ne touchait guère avant Lawson Tait et Langenbuch.

Le chirurgien se préoccupait non seulement de l'ouverture du péritoine, qui était toujours dangereuse avant l'application de l'antisepsie, mais il craignait quelque chose de plus. Le foie, par son rôle physiologique, son tissu friable, sa vascularisation spéciale, semblait se prêter moins bien qu'un autre viscère aux traumatismes opératoires.

Malgré ces appréhensions, on revient actuellement à une notion plus pratique. Les tentatives de quelques chirurgiens, les expériences faites sur les animaux, ont montré qu'avec les précautions ordinaires et peut-être avec quelques précautions spéciales, on peut toucher au foie et à ses annexes.

J'ai moi-même, il y a longtemps, publié un travail dans lequel j'avais étudié avec soin les résultats et les suites immédiats de la contusion et de la rupture du foie chez les animaux. Ce travail, qui figure dans les *Archives de physiologie* de 1875 (avec une planche), est basé sur un grand nombre d'expériences, pratiquées sur le chien et sur le lapin.

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer ainsi : la contusion provoque à la surface du foie des lésions plus ou moins profondes, mais dont la cicatrisation est rapide, à tel point qu'en huit à dix jours à peine l'épithélium de la séreuse, reconstitué au niveau de la cicatrice, rendait celle-ci presque invisible. Ce premier résultat avait déjà une grande importance. Mais il en est un autre qui m'avait beaucoup frappé, c'est que jamais on ne constatait d'adhérences avec le péritoine pariétal ou avec les

organes voisins au niveau des parties lésées. Nous verrons plus tard quelle est l'utilité pratique de ces expérimentations au point de vue des applications chirurgicales, qui vont en se multipliant depuis quelques années.

Cependant les travaux publiés sur ce sujet, surtout en France, sont encore assez rares pour que j'aie cru intéressant d'exposer le résultat des opérations assez nombreuses que j'ai recueillies dans ma pratique, et dont quelques-unes sont entièrement nouvelles. Je terminerai par les conclusions auxquelles mon expérience m'a conduit.

Cette communication comprendra trois parties :

La première sera consacrée aux ponctions et aux incisions exploratrices qui peuvent être faites sur le foie.

Dans la deuxième, seront analysées les observations d'intervention chirurgicale sur la vésicule biliaire, *cholécystotomie* et *cholécystectomie*.

La troisième partie traitera de l'ouverture des abcès du foie.

Enfin, dans la quatrième, j'indiquerai quelles sont les conditions et les précautions opératoires que nécessite l'ablation d'une partie du foie.

I. — *Ponctions et explorations par la laparotomie.*

Les ponctions exploratrices du foie, surtout celles qui sont faites à travers la peau, sont aujourd'hui d'une pratique courante. Le professeur Dieulafoy a montré que la piqûre de cet organe au moyen d'aiguilles creuses de calibres variables constituait une intervention bénigne, à condition que cette aiguille fût parfaitement aseptique. J'ai moi-même pratiqué cette exploration un grand nombre de fois sans aucun accident, et avec un grand bénéfice au point de vue du diagnostic ou même du traitement.

Je pourrais citer, comme exemple de la bénignité de cette ponction, l'histoire d'un homme chez lequel j'ai fait soixante ponctions successives dans le foie. Cet homme avait dans le foie plusieurs kystes hydatiques. Après l'ouverture de ces kystes, il guérit rapidement.

Je n'insisterai donc pas sur cette pratique, qui est d'usage habituel, pour parler des incisions exploratrices.

Incisions exploratrices. — Comme tous les organes contenus dans l'abdomen, et dont les lésions obscures sont difficiles à diagnostiquer, à travers la paroi abdominale, par les moyens ordinaires d'exploration, le foie peut être exploré directement après une laparotomie; celle-ci sera purement exploratrice si elle démontre que

la lésion de l'organe hépatique est inopérable ou que l'organe lui-même est sain. Elle deviendra, au contraire, le premier temps de l'opération si on peut agir activement sur l'organe ou sur ses annexes.

J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer une de ces explorations après une laparatomie préalable : la première fois, il y a trois ans. Les conditions de cette intervention sont assez importantes pour que je les donne avec quelques détails.

Je fus appelé, le 10 mars 1886, par le Dr Descout auprès d'un homme de 34 ans dans les circonstances suivantes :

Vingt jours auparavant, le 20 février 1886, M. X..., en se battant en duel, avait reçu dans la région du foie un coup d'épée. La pointe de l'arme avait pénétré, au dire des témoins, à une profondeur de 7 à 8 centimètres, en traversant une chemise de flanelle grise assez épaisse que portait le blessé. Nous verrons plus tard l'importance de cette chemise dans le développement des accidents ultérieurs.

La plaie était triangulaire et avait donné lieu à une petite hémorrhagie bientôt arrêtée par un pansement.

Immédiatement après le combat, le blessé déjeuna gaiement et ne ressentit les jours suivants aucun malaise appréciable. Il reprit ses occupations ordinaires sans présenter rien d'anormal. L'accident était presque oublié, quand, au vingt et unième jour, il fut pris, sans cause appréciable, d'un violent frisson suivi de sueurs abondantes. En même temps, il éprouvait des douleurs dans la région hépatique et surtout dans la région lombaire droite. Ce malaise persista pendant quelques heures, puis s'atténua, sauf les douleurs qui ne disparurent pas.

Au bout de deux jours, de nouveaux frissons suivis d'un troisième, environ quarante-huit heures après. C'est à ce moment que je fus appelé, c'est-à-dire six jours après les premiers frissons, vingt-deux jours après la blessure.

Le malade était assez pâle déjà, les conjonctives légèrement teintées. La région hépatique et surtout la région lombaire droite étaient douloureuses profondément, mais indolores à la pression. La percussion ne dénota aucune augmentation de volume du foie. Entre deux côtes, au niveau de cet organe, on apercevait la trace de la plaie, complètement cicatrisée d'ailleurs et n'offrant aucun phénomène particulier à signaler.

La température, peu élevée le matin, atteignait 39° le soir; la langue était un peu sèche; cependant le malade s'alimentait et présentait un état général à peine altéré.

Je conseillai l'emploi du sulfate de quinine, le repos au lit et un bandage autour du tronc.

Mais au bout de quarante-huit heures survint un nouveau grand frisson, plus prolongé que les autros; en même temps la douleur lombo-dorsale droite se fit sentir plus profondément et plus vivement. On ne constatait d'ailleurs aucun autre symptôme apparent.

En présence de ces accidents, le diagnostic devenait évident : il s'agissait certainement d'un abcès du foie, donnant lieu à des intoxications successives, à de véritables poussées de pyohémie.

Je demandai alors à voir la chemise que portait le blessé au moment de l'accident, et qui n'avait pas été lavée depuis. Au niveau de l'endroit qu'avait traversé l'épée et correspondant à la plaie cutanée, on constatait un trou triangulaire correspondant au passage de l'épée. Mais ce qui nous frappa, c'est qu'il existait bien réellement une perte de tissu : un fragment de laine arraché par la pointe de l'arme avait été emporté profondément.

Une expérience, faite avec une épée semblable et un morceau de flanelle analogue, nous montra qu'il en était toujours ainsi chaque fois que la pointe de l'épée traversait cette étoffe. Il en est tout autrement lorsqu'on perfore de la toile ou du calicot : le tissu est déchiré nettement et écarté par la pointe de l'épée, mais aucune parcelle n'est enlevée.

Il nous était donc permis de penser que, chez notre blessé, une parcelle du tissu de la flanelle avait été entraînée dans le foie par la pointe de l'épée, à une profondeur de 7 à 8 centimètres, et avait provoqué un abcès hépatique.

En présence de ce diagnostic et des accidents qui se succédaient rapidement, la seule chance de salut qui se présentait dans ce cas était d'aller à la recherche de cet abcès. Sans donner lieu à des symtômes locaux évidents et palpables pour le chirurgien, il n'en menaçaient pas moins, à brève échéance, la vie du malade, par le fait d'une pyohémie ascendante.

Je proposai donc à la famille de pratiquer une laparotomie exploratrice, dans l'espoir de rencontrer l'abcès et de le traiter chirurgicalement, ce qui eût permis la guérison. Le blessé, ainsi que sa famille, acceptèrent cette intervention.

L'opération eut lieu avec le concours de MM. Descout et Dreyfus le 18 mars 1886. Le malade, chloroformé, fut placé sur le côté gauche. Une incision de 12 centimètres, le long du bord inférieur des cartilages costaux, permit d'atteindre facilement le bord inférieur du foie. Cette incision passait à 6 centimètres environ audessous de la cicatrice laissée par le coup d'épée.

Le péritoine étant ouvert fut saisi avec des pinces, je pus écarter assez les lèvres de la plaie pour explorer la face supérieure du foie. Or, ni la vue ni les doigts ne me donnèrent la moindre sensation d'une cicatrice sur cet organe. Cependant la plaie

cutanée, qui me servait de point de repère, limitait singulièrement le champ des recherches.

Ne pouvant rien constater par ces moyens, je plongeai six fois de suite à la distance de quelques centimètres une aiguille de l'aspirateur Potain dans la substance hépatique, aux environs de la région présumée où la blessure avait été faite. Mais je ne ramenai chaque fois que du sang noir, quand j'atteignais un sinus hépatique.

J'explorai aussi avec la main la face inférieure du foie, mais sans pouvoir découvrir aucune trace d'abcès, aucune bosselure appréciable.

Enfin, après un examen qui dura près d'un quart d'heure, je renonçai à poursuivre l'exploration et refermai la plaie de l'abdomen avec douze sutures à la soie.

Les suites de cette opération furent parfaites; le malade ne sentit qu'une douleur vive pendant quelques heures, au niveau de la plaie. Il éprouva même une amélioration passagère des phénomènes douloureux de la région lombaire. Aucun symptôme de péritonite ne survint.

Mais après trois jours, éclata un nouveau frisson, plus violent que les précédents. La teinte ictérique et l'amaigrissement s'accentuèrent; bientôt les frissons se succédèrent, et le malade mourut le 28 mars, trente-trois jours après sa blessure, le dix-huitième jour après le début des frissons.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un abcès du foie du volume d'une petite noisette, enkysté à 6 centimètres de profondeur, et qui avait été la cause de cette infection purulente à marche lente et progressive. Par malheur, aucune de mes ponctions exploratrices n'avait pénétré jusqu'à cet abcès; j'avais passé près de lui sans l'atteindre. J'avais donc échoué dans ma tentative, mais j'avais fait tout ce qu'il était possible de tenter.

Ma seconde observation est de date plus récente.

Au mois de mars 1889, je fus appelé par le professeur Brouardel et par M. le Dr Lecorché auprès d'un malade atteint depuis quelque temps d'une affection chronique du foie. Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, avait un peu maigri et présentait seulement une légère teinte ictérique. Le diagnostic de la lésion hépatique était très obscur. Ce qui attirait surtout l'attention, c'était une tuméfaction très notable siégeant au niveau du foie et faisant une saillie assez prononcée au-dessous des fausses côtes du côté droit. L'organe hépatique semblait notablement augmenté de volume dans sa totalité.

En examinant avec soin cette bosselure qui avait le volume des

deux poings, on percevait une fluctuation assez nette, mais profonde. Aussi pouvait-on penser à la présence d'un kyste de la face supérieure du foie. Cependant, en présence de cet examen incomplet, il était difficile de faire un diagnostic précis, aussi je fis d'abord une ponction exploratrice.

Celle-ci, pratiquée au niveau de la partie la plus saillante de la tuméfaction, fournit une petite quantité de liquide rougeâtre, mais fortement teinté en jaune verdâtre, qui semblait être du sang mélangé de bile. Je ne pus extraire qu'environ 20 grammes de ce liquide, des grumeaux ayant obstrué la canule de l'aspirateur. Ce liquide ne pouvait nous donner un renseignement précis pour le diagnostic, et plusieurs hypothèses furent émises sur la nature de cette tuméfaction, sans arriver à la préciser. Aussi les médecins réunis en consultation, discutant la nature de la maladie, furent-ils d'accord pour penser à l'opportunité d'une laparotomie exploratrice. Celle-ci pouvait permettre de juger du caractère de cette tumeur et de la possibilité de la traiter chirurgicalement.

Le malade préparé avec soin fut chloroformé et placé sur le côté gauche.

Une incision de 12 centimètres au-dessous des fausses côtes droites donna accès dans le péritoine. La séreuse était saine.

Mais aussitôt que le péritoine fut largement ouvert, je me trouvai en présence de la surface du tissu hépatique, noire et plus foncée qu'à l'état normal. Au toucher, cette région, qui faisait hernie entre les lèvres de la plaie abdominale, donnait nettement la sensation de fluctuation.

Une ponction pratiquée à travers une mince couche de tissu hépatique, avec une grosse aiguille de l'aspirateur Potain, donna issue à 200 grammes de liquide rougeâtre, coloré par de la bile et semblable à celui qui avait été extrait par la ponction exploratrice précédente.

Je fis successivement trois autres ponctions qui donnèrent du liquide semblable, mais en petite quantité. Sous l'influence de cette évacuation la tuméfaction avait peu diminué. J'explorai avec le doigt la face supérieure du foie, et également sa face inférieure, sans constater de bosselures spéciales ni de lésions appréciables au niveau du hile. On remarqua seulement que la partie saillante qui occupait le bord de la face supérieure de l'organe se confondait sans limites précises avec le reste du tissu hépatique.

Il m'était impossible de faire pour le malade une tentative plus sérieuse, puisqu'il ne s'agissait pas d'un kyste du foie ou d'une lésion de la vésicule; après m'être assuré que les piqûres du parenchyme ne donnaient plus de sang, je refermai la plaie abdominale avec douze points de sutures.

L'opinion des médecins qui assistaient à l'opération fut qu'il s'agissait d'une dilatation des canaux biliaires, due probablement à une compression de ces canaux par des noyaux cancéreux développés à leur niveau. L'ectasie de ces conduits était donc plus prononcée dans une partie localisée du foie.

Les suites de l'opération furent bonnes, sans fièvre ni aucun accident péritonéal; la réunion de la plaie était complète le troisième jour, quand j'enlevai les fils.

Après cette intervention, le malade avait éprouvé un soulagement notable; l'appétit avait reparu et surtout les douleurs locales du côté droit avaient beaucoup diminué.

Malgré cela, la tuméfaction hépatique augmenta bientôt de nouveau, au point de faire craindre une disjonction des lèvres de la plaie opératoire, ce qui heureusement n'eut pas lieu.

Quinze jours après l'opération, l'augmentation du volume de la tumeur s'étant accentuée, le malade souffrait beaucoup; je fis, sur sa demande, une ponction nouvelle à côté de la cicatrice. Elle donna issue à 150 grammes de liquide semblable aux précédents. Il y eut encore un soulagement momentané, mais le malade s'affaiblissait, l'appétit diminuait.

Il mourut d'épuisement le 15 juin, trois semaines environ après l'incision exploratrice que j'avais pratiquée; elle n'avait donné lieu par elle-même à aucun accident.

Il s'agissait d'un cancer du foie occupant la région du hile, avec des noyaux intra-hépatiques volumineux, qui comprimaient des canaux biliaires énormément dilatés.

II. — *Opérations sur la vésicule biliaire (cholécystotomie et cholécystectomie).*

Obs. I. — La première observation est celle d'une femme que j'ai opérée à la Salpêtrière en 1888. Elle a été lue devant l'Académie de médecine et fut l'objet d'un rapport de M. Polaillon en 1889.

Il s'agissait d'une jeune fille présentant au niveau du creux épigastrique une tumeur fluctuante, non douloureuse et se confondant avec le bord antérieur et la face inférieure du foie.

Le diagnostic était si évident qu'aucune ponction exploratrice ne fut faite et qu'on eut recours d'emblée à la laparotomie.

Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, je trouvai la vésicule distendue. Une ponction donna 300 grammes de liquide verdâtre.

La poche étant ainsi diminuée de volume, je l'attirai au dehors et l'ouvris. Elle contenait deux calculs, dont l'un mobile et l'autre, du volume du pouce, fixé et enchatonné dans le canal cystique. Ce dernier calcul ne put être enlevé que par morcellement avec une pince à griffes.

Quelques tentatives pour détacher le canal cystique et le col de la vésicule de la face inférieure du foie montrèrent que cette manœuvre serait difficile et dangereuse. Je me contentai donc de réséquer une petite partie de la paroi de la vésicule et de suturer celle-ci aux lèvres de la plaie abdominale.

Les suites furent heureuses. Pendant quelque temps, la malade perdit une grande quantité de bile par sa fistule ; puis celle-ci s'oblitéra après quelques mois, et actuellement la guérison est complète.

Obs. II. — Le second fait fut publié dans le *Progrès médical* en 1889. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans. Elle avait eu, un an environ avant l'opération, des accidents brusques et assez graves de péritonite au niveau de la région hépatique.

Quelque temps après apparut, dans le creux épigastrique, une tuméfaction qui, au bout de quelques semaines, disparut un jour subitement. Mais elle se reproduisit après quelques semaines, si bien que, quand la malade arriva à Paris, on constatait cette grosseur du volume du poing et assez nettement fluctuante.

Une ponction exploratrice donna 500 à 600 grammes de liquide peu coloré et assez fluide. Quelques jours après, le liquide s'était reproduit.

Je pratiquai une laparotomie le 20 août 1888. Les parois de la vésicule étaient distendues et épaissies. Elles adhéraient à la paroi abdominale.

La poche fut ouverte. Elle contenait une quantité considérable d'incrustations calcaires recouvrant presque toute la muqueuse. Le canal cystique était méconnaissable et imperméable.

La vésicule fut nettoyée avec soin, puis suturée à la plaie abdominale.

Jamais il ne s'écoula de bile par cette ouverture. La fistule persista pendant six mois, puis se tarit complètement, et la malade reprit sa santé et sa vie habituelles.

Obs. III. — Un troisième cas, à peu près semblable au précédent, est aussi intéressant, car le canal cystique était complètement oblitéré; mais il s'en distingue par l'absence d'incrustations et par la grande quantité de liquide que la vésicule contenait, près de 2 litres de liquide.

Cette observation a quelque analogie avec celle qui a été présentée dernièrement par M. Terrier devant l'Académie de médecine, car la vésicule, très distendue, contenait plus de deux litres de liquide.

Mme G..., âgée de 55 ans, entre le 1er mars 1890 à la Salpêtrière.

Cette malade a toujours eu une parfaite santé jusqu'en 1878. A cette époque, elle aurait subi, à Odessa, une opération pour une tumeur ombilicale. Les détails que donne la malade à ce sujet sont assez confus, car elle parle à peine le français.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette intervention, sa santé s'améliora, et il n'y a rien à noter de particulier jusqu'au mois d'octobre 1889. A ce moment, la malade recommence à souffrir dans le ventre, prin-

cipalement au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre. Elle s'affaiblit et maigrit au point que depuis six semaines elle garde le lit. Ses douleurs sont exagérés par les mouvements, par la toux et sont presque continues.

Quand je fis le premier examen de cette malade, je la trouvai affaiblie quoique douée encore d'un certain embonpoint. Le teint est pâle, un peu jaunâtre, les conjonctives légèrement colorées, sans qu'on puisse dire cependant qu'il y a de l'ictère.

La paroi abdomiuale est épaisse et relâchée par le fait d'un très grand nombre de grossesses.

Au milieu de l'ombilic, existe une tuméfaction arrondie de 13 centimètres de largeur, qui correspond à une grosse hernie épiploïque de la ligne blanche de l'abdomen; mais ce qui attire surtout l'attention, c'est la présence, dans l'hypochondre droit, d'une tumeur dure et bosselée. Cette tumeur est mate et sa matité se continue avec celle du foie; elle se prolonge directement avec ce dernier organe en avant, mais en reste séparée en arrière par une sorte d'encoche. Pendant les mouvements respiratoires, elle se déplace comme le foie, avec lequel existe une continuité très évidente.

Les limites inférieures et latérales sont faciles à sentir. En bas, elle s'étend jusqu'à 4 ou 5 travers de doigt du rebord costal et se termine à ce niveau par un bord dur et irrégulier. Les bords latéraux, à peu près verticaux, sont distants l'un de l'autre de 5 travers de doigt. Cette tumeur est très douloureuse à la palpation. Aussi est-il difficile de rechercher la fluctuation qu'on ne peut percevoir nettement.

Le 3 mai 1890, je pratique un ponction exploratrice. Plongeant dans la tumeur le trocart de l'appareil Potain, je retire 60 grammes environ d'un liquide jaune verdâtre renfermant des petits flocons muco-purulents. L'examen de ce liquide y décèle la présence des matières colorantes de la bile, mais sans crochets ni vésicules d'hydatides. Je pose le diagnostic de cholécystite et décide la malade à subir une opération radicale.

Celle-ci a lieu le 6 mars 1890.

La malade étant chloroformée, je fais une incision de 8 centimètres perpendiculaire au rebord des fausses côtes droites, sur le bord du grand droit. Le péritoine est épaissi et adhère manifestement à la vésicule enflammée. Cette poche est dénudée sur une petite partie de sa surface et ponctionnée avec un trocart de l'appareil Potain. Le liquide, chargé de flocons de mucus, s'écoulant mal, on ne peut en obtenir que 150 grammes environ. Cependant comme la vésicule adhère au péritoine et qu'il n'y a à craindre aucun accident puisque la cavité péritonéale est oblitérée, j'incise largement la paroi cystique. Aussitôt s'écoulent 2 litres environ de liquide jaune verdâtre, tenant en suspension des masses assez volumineuses de mucus verdâtre. La poche est ensuite lavée soigneusement avec plusieurs litres d'eau bouillie et filtrée, tiède.

Il est facile alors d'explorer la vésicule avec la main introduite par l'orifice d'incision. On constate que cette cavité s'étend fort loin. Les

parois sont lisses, sans anfractuosités, sauf lorsqu'on pénètre profondément sur la face inférieure du foie. Là, il existe un orifice circulaire qui admet à peine l'extrémité de l'index. Une sonde en gomme introduite dans cet orifice pénètre jusqu'à une distance de 15 centimètres dans un canal qui paraît être le canal cystique allongé et oblitéré. Mais cette exploration ne donne aucun renseignement sur le mode d'oblitération du canal.

Un instrument métallique introduit dans ce trajet s'arrête à la même profondeur, mais sans qu'on ait la sensation d'un calcul. Ce trajet, qui n'est autre que le canal cystique, se termine en cul-de-sac; il se prolonge à une telle distance au-dessous du foie, qu'on ne peut faire aucune tentative pour explorer cette partie profonde. Aussi nous sommes en présence d'une oblitération totale puisque le liquide contenu dans la vésicule est seulement teinté par la bile.

La poche est encore lavée à grande eau; deux gros drains réunis par une épingle sont introduits dans sa cavité. Les bords de la vésicule sont simplement réunis à la peau par une série de sutures au crin de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Pendant les dix premiers jours après l'intervention, la poche est lavée deux fois par jour avec une solution de sublimé faible. La température ne dépasse pas 37°.

Les sutures sont enlevées le treizième jour. A partir du 14 mars, on ne fait plus qu'un lavage par jour, les drains sont raccourcis.

Le 4 avril, la cavité s'est comblée en grande partie et il ne reste plus qu'un trajet fistuleux de 8 à 10 centimètres, dans lequel on laisse un drain.

La malade commence à se lever.

Le 1er mai, la malade sort de l'hôpital n'ayant plus qu'une petite plaie insignifiante; la fistulette mesure à peine 2 centimètres de profondeur. Le 1er juin, tout est terminé.

Obs. IV. — Une quatrième observation est particulièrement intéressante, à cause de l'ancienneté des accidents, de l'incrustation calcaire des parois de la vésicule et du soulagement procuré par l'intervention.

Mme C... de La Couture (Eure), âgée de 65 ans, m'est présentée par le Dr Durdos.

Les antécédents de cette malade sont caractéristiques. Depuis trente ans, elle est sujette à des coliques hépatiques qui la fatiguent beaucoup, et depuis vingt-cinq ans elle s'est aperçue de la présence d'une grosseur du côté du foie. Néanmoins sa santé ne subit pas alors d'altération notable.

Il y a quatre mois seulement une jaunisse intense apparut. Les selles furent décolorées, sauf que quelquefois elles reprenaient la couleur acajou. En même temps, la malade se mit à maigrir considérablement et à s'affaiblir de jour en jour.

Tous ces phénomènes allèrent en s'accentuant rapidement. Cependant on put encore la transporter à Paris, chez sa fille, au moment où je fus appelé pour l'examiner.

Je trouvai une femme très amaigrie ; l'ictère était intense et généralisé, les conjonctives jaunes, les selles presque complètement décolorées, la langue sèche et fuligineuse. La région hépatique était si douloureuse que les plus légers mouvements du tronc étaient extrêmement pénibles. Presque tous les aliments étaient rejetés aussitôt introduits dans l'estomac.

La palpation révèle dans la région de la vésicule biliaire une tuméfaction plus grosse que le poing. Celle-ci fait une saillie prononcée au-dessous des fausses côtes droites et descend, de ce côté, jusqu'au niveau de l'ombilic. Sa consistance est ferme, presque dure ; la pression à son niveau réveille une douleur violente qui arrache des cris à la malade.

En présence d'un état général aussi alarmant et de phénomènes locaux aussi nets, je proposai une opération devant porter sur la tumeur formée évidemment par la vésicule biliaire.

Cette opération eut lieu le 21 avril 1890. Une incision transversale, pratiquée au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, permet d'ouvrir facilement le péritoine. Je rencontre aussitôt la vésicule biliaire, jaune, épaisse, dure et très volumineuse, mais sans adhérences avec la paroi péritonéale.

En essayant de ponctionner avec une aiguille de l'appareil Potain, je constate que la paroi est tellement épaisse et incrustée de sels calcaires que je ne puis pénétrer dans la cavité ; en insistant un peu, je casse l'aiguille.

Je me décide alors à ouvrir cette vésicule avec de forts ciseaux, en ayant soin de protéger le péritoine à l'aide d'éponges. En brisant les plaques calcaires qui adhèrent à la paroi, j'arrive donc à pratiquer une ouverture assez longue. Je trouvai alors dans la cavité un peu de liquide, mais surtout une foule de calculs irréguliers, plus ou moins soudés les uns aux autres, et au milieu desquels s'entre-croisent de véritables stalactites parties de la paroi de cette cavité. J'enlève un certain nombre de ces calculs ; mais il faut abandonner ceux qui sont situés dans la profondeur de la cavité.

Enfin, avec de grandes difficultés, j'établis des sutures qui unissent les bords de l'ouverture de la vésicule aux lèvres de la plaie abdominale.

Un grand lavage enlève autant que possible le mucus coloré que contient encore la cavité, et un pansement à la gaze iodoformée complète l'opération.

Les premiers jours qui suivirent furent marqués par un écoulement abondant de liquide muqueux et coloré en vert avec issue de nombreux calculs. La malade s'alimentait avec peine ; cependant elle ne vomissait plus. Cette faiblesse extrême donnait de grandes inquiétudes lorsque, au bout de huit jours, son état s'améliora sensiblement, et elle put être transportée chez elle.

Depuis cette époque, le Dr Durdos a extrait, au moyen d'une pince, de nombreux calculs ; la cavité de la vésicule s'est comblée ; actuellement, il ne reste plus qu'une fistulette insignifiante. En même temps, l'état général s'est amélioré, la jaunisse a presque entièrement disparu, et cette malade, qui était mourante quand je l'ai opérée, a engraissé et repris à peu près sa vie normale.

L'intervention semble avoir donné dans ce cas un excellent résultat, malgré l'ancienneté des lésions.

Obs. V. — Dans un cinquième cas que j'ai tenu à rapprocher des quatre autres, les conditions opératoires étaient mauvaises. Le canal cholédoque, oblitéré, ne put être débouché, et la malade, complètement affaiblie avant l'opération, mourut d'épuisement vingt-cinq jours après l'opération.

Je fus appelé, au commencement de mai 1890, par MM. les Drs Bucquoy et Monthurs auprès d'une religieuse attachée à une maison de convalescence pour vieillards, aux environs des Invalides.

Cette femme, âgée de 46 ans, grosse, vigoureuse, était atteinte depuis longtemps déjà de coliques hépatiques bien caractérisées, lorsque, au mois de février, se déclare assez rapidement un ictère intense, avec des douleurs violentes dans la région hépatique, des troubles stomacaux graves et des vomissements fréquents.

Malgré toutes les médications employées, l'état de cette malade alla en s'aggravant ; l'ictère, au lieu de diminuer, augmenta ; les vomissements devinrent plus fréquents ; enfin une légère tuméfaction, qui s'accentua bientôt, apparut dans la région sous-hépatique.

Quand je vis la malade, le 5 mai, trois mois après le début de ces accidents, elle était dans un état très alarmant, vomissant presque tous les aliments, même liquides. La langue était sèche et noire ; les selles, décolorées et très odorantes. Dans la région de la vésicule existait une tuméfaction du volume du poing, très facile à sentir par la palpation, mais non perceptible à la vue, à cause de l'épaisseur des parois abdominales. Enfin l'ictère généralisé était très intense.

Je n'hésitai pas à proposer une intervention chirurgicale qui fut aussitôt acceptée.

La malade étant chloroformée, je fis une incision verticale sur le bord externe du muscle droit, au niveau de la partie la plus saillante de la tuméfaction que j'ai signalée.

En arrivant sur le péritoine, je reconnus que la vésicule lui était adhérente ; mais les moyens d'union étaient encore friables et paraissaient dater de peu de jours. J'essayai de les détacher et j'y parvins facilement.

Une ponction donna issue à 220 grammes de liquide fortement coloré ressemblant à de la bile presque pure. Après avoir vidé la vésicule, elle fut ouverte largement, et j'explorai avec le doigt la région du col et du canal cystique où se trouvait une dilatation considérable, mais sans trace de calcul.

Pénétrant alors sur le côté de la vésicule, dans la cavité péritonéale,

j'explorai avec le doigt et même la main tout entière la face inférieure du foie et toutes les parties que je pus percevoir à ce niveau; je ne sentis aucun calcul, aucune bosselure rappelant un corps étranger.

Enfin, en pénétrant dans le canal cystique avec une sonde cannelée, je fus arrêté par un obstacle qui me sembla membraneux et ne me donna nullement la sensation d'un calcul. Une bougie en gomme fut également introduite sans résultat.

Dans ces conditions, il s'agissait d'un obstacle probablement calculeux et placé dans le canal cholédoque, près de son embouchure. Quant à la situation exacte de cet obstacle, je ne pus, malgré mon insistance, parvenir à la déterminer.

Ne voulant pas prolonger indéfiniment ces recherches inutiles et dangereuses, je sondai par des sutures multiples les parois de la vésicule dont je réséquai un grand lambeau, au bord de la plaie abdominale; un pansement extérieur avec la gaze iodoformée fut appliqué.

Au début, les suites furent assez bonnes. L'écoulement de la bile devint très abondant, et, chaque jour, le pansement en était imbibé. En un mot, la malade fut d'abord très soulagée: les vomissements diminuèrent; mais l'alimentation demeura très difficile; les selles ne devinrent pas plus colorées et l'état général ne s'améliora pas, car le cours de la bile ne se rétablit jamais. La malade s'affaiblit graduellement pour mourir vingt-cinq jours après l'opération, qui ne semble pas avoir hâté ce dénouement.

Obs. VI. — Enfin, chez une sixième malade, je trouvai réunies les conditions qui rendent, à mon avis, l'ablation totale de la vésicule praticable et utile, et cette opération donna d'excellents résultats.

Mme X..., âgée de 46 ans, m'est adressée à la Salpêtrière par M. le Dr Bucquoy qui la connaît depuis longtemps.

Bien portante ordinairement, elle est sujette depuis cinq ans à des crises hépatiques violentes. Il y a environ dix-huit mois, la région du foie, surtout au voisinage des fausses côtes et à droite, est devenue douloureuse et sensible à la pression. Bientôt on vit se dessiner à ce niveau une tuméfaction assez apparente, surtout quand on compare les deux côtés. La malade croit que cette tuméfaction s'accentue par moments et devient moins appréciable dans d'autres: ces alternatives coïncideraient avec des crises douloureuses qui ont parfois assez nettement le caractère de coliques hépatiques.

Jamais elle n'a eu d'ictère; les selles n'ont jamais été décolorées. Mais les souffrances sont presque continues et vont jusqu'à gêner la respiration; l'état général devient de plus en plus précaire, et depuis quelques mois la malade a beaucoup maigri.

A son entrée à la Salpêtrière, il est facile de constater la présence d'une tumeur arrondie, située au niveau de la vésicule biliaire, descendant à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes et se continuant avec le foie. Cet organe paraît un peu augmenté de volume. Il ne peut y avoir aucun doute sur l'hydropisie de la vésicule biliaire, qui contient probablement des calculs.

Une ponction pratiquée avec une fine aiguille de l'appareil Potain donna issue à une quarantaine de grammes d'un liquide verdâtre, ressemblant à de la bile diluée dans l'eau. Des mucosités vinrent obstruer la canule et empêchèrent l'évacuation complète. Il était donc nécessaire de faire une intervention chirurgicale.

L'opération eut lieu le 3 avril 1889. Une incision transversale, parallèle aux fausses côtes, permit d'ouvrir le péritoine. La vésicule se présenta aussitôt, lisse, verdâtre et sans aucune adhérence aux parties voisines. Une ponction pratiquée avec une aiguille un peu plus grosse donna 120 grammes de liquide verdâtre et muqueux.

Lorsque la vésicule fut vidée, on put la tirer en grande partie au dehors par la plaie abdominale.

En recherchant avec soin quelles étaient les connexions qu'elle présentait avec la face inférieure du foie, je reconnus qu'il existait un calcul dans la partie étroite de la vésicule, laquelle se continuait avec le canal cystique manifestement isolé et saillant à ce niveau. Cette disposition me parut favorable à l'opération qui consiste à enlever la vésicule biliaire en totalité.

Je détachai donc avec soin la partie supérieure du col de la vésicule adhérente au parenchyme hépatique, jusqu'à ce que j'atteignisse environ le milieu du canal cystique. Cette manœuvre fut assez facile et donna peu de sang. L'hémorragie fut d'ailleurs assez facilement arrêtée, en touchant la surface du foie avec le thermocautère.

Lorsque ces parties fruent détachées suffisamment, je plaçai sur le canal cystique une ligature en soie et je fis une section avec le thermocautère, en ayant soin de placer une pince à forcipressure sur le col de la vésicule, pour empêcher l'écoulement de la bile. Enfin, l'orifice du canal cystique qui devait rester dans l'abdomen fut cautérisé.

L'opération étant terminée, il ne restait plus qu'à refermer l'abdomen avec six points de sutures.

La vésicule enlevée avait des parois épaisses, muqueuses, hypertrophiées. Elle contenait un calcul gros comme le bout du doigt et fixé au niveau du col.

Les suites furent parfaites. Il n'y eut aucune espèce de réaction et la malade se rétablit rapidement. Depuis cette époque, elle a engraissé, ne souffre plus, et, sauf quelques troubles du côté de l'intestin, elle jouit d'une santé parfaite.

En résumé, sur six malades chez lesquelles existaient des lésions de la vésicule avec accumulation de liquide dans son intérieur, je n'ai pu qu'une seule fois enlever cet organe.

Dans aucune de mes observations, je n'ai eu l'occasion d'anastomoser le fond de la vésicule avec l'intestin grêle, les lésions anatomiques périphériques ne permettant pas de pratiquer cette opération.

Aussi, je crois qu'en présence de l'hydropisie de la vésicule

biliaire, qui est due à des causes très diverses et s'accompagne de lésions périphériques très variables, toute loi générale est encore difficile à poser.

En effet, une première question principale se pose à propos de ces opérations.

Faut-il préférer l'ouverture simple de la vésicule, c'est-à-dire la *cholécystotomie simple,* ou doit-on, au contraire, avoir recours à une opération plus radicale, la *cholécystectomie* ou ablation totale de l'organe ?

Nous connaissons les discussions qui ont eu lieu à ce sujet dans les divers congrès scientifiques de ces dernières années. Les noms de Lawson Tait, de Spencer Wells, de Thiriar (de Bruxelles), nous rappellent les opinions diverses qui ont été émises à ce sujet. Celle de Lawson Tait a surtout un grand poids, puisqu'il fut un des promoteurs de cette opération; or, il déclare que la cholécystectomie est préférable à toute autre opération.

Après la lecture de ces travaux qui montrent l'incertitude des autres chirurgiens, je crois pouvoir dire : D'une façon générale, dans chaque cas particulier, l'opérateur est guidé par la nature de la lésion.

La cholécystectomie exige un certain nombre de conditions qui sont, en réalité, assez rarement réalisées. En effet, si la vésicule et le canal cystique enflammés sont très adhérents au tissu hépatique, si ce canal dilaté par des calculs est, pour ainsi dire, incrusté dans le foie, on ne peut songer à enlever la poche ni à l'aboucher dans l'intestin. On se contentera alors de la cholécystotomie.

Les avantages de la cholécystectomie ne doivent d'ailleurs pas être exagérés. Quelques-uns ont affirmé qu'elle mettait à coup sûr à l'abri des fistules. Mais dans un travail récent Lawson Tait montre combien cet inconvénient est rare dans les cas où la vésicule a été gardée. Dans les faits que j'ai observés, j'ai vu quatre cas de guérison complète et absolue.

D'autres auteurs ont pensé que l'extirpation préservait certainement les malades de la cholélithiase. Or, c'est là un argument qui ne repose encore actuellement sur aucune donnée certaine.

En résumé, la cholécystectomie peut être une excellente opération, mais qui a ses indications bien spéciales et assez rares. Quant à l'ouverture simple de la vésicule, elle m'a donné d'excellents résultats et assez encourageants pour quo je la préfère presque toujours à l'opération radicale, à moins d'indication spéciale.

III. — *Ouverture des abcès du foie.*

Quatre fois j'ai eu l'occasion d'ouvrir des abcès du foie. Les trois premiers de ces malades étaient revenus en France, convalescents d'une dysenterie avec fièvre contractée dans les régions intertropicales où ils avaient séjourné plusieurs années.

Ces trois abcès étaient faciles à diagnostiquer et faciles à ouvrir, car ils venaient proéminer dans la région épigastrique, presque sur la ligne médiane. Toujours il fut nécessaire de sectionner une couche assez épaisse du tissu hépatique, mais sans aucun inconvénient.

L'un contenait environ 250 grammes de pus, l'autre 300 et le troisième 420 grammes. Le pus était fortement coloré.

Après ouverture large et grâce à des lavages antiseptiques quotidiens, la guérison eut lieu rapidement.

Un quatrième malade, qui me fut confié par M. le Dr Putel (de Neuilly), succomba. Il s'agissait d'un homme arrivé au dernier degré de la cachexie, avec maigreur extrême et affaiblissement considérable. Son retour de Cochinchine effectué quelques semaines auparavant l'avait beaucoup épuisé.

Je trouvai dans le flanc droit un vaste abcès profond du foie, que j'ouvris avec difficulté et qui contenait près de 700 grammes de pus coloré.

L'état du malade était si mauvais qu'un léger degré de septicémie, dû à la difficulté qu'on avait à laver cette grande poche, entraîna rapidement la mort par épuisement.

Je suis persuadé que cette légère altération des liquides n'aurait pas ainsi causé une mort rapide, chez un homme capable de résister pendant quelques jours à cette complication fréquente, mais assez bénigne, puisque ordinairement des lavages répétés peuvent la conjurer.

IV. — *Résections du foie.*

En 1890, j'ai eu l'occasion de pratiquer la résection d'une portion du foie. Cette opération est particulièrement intéressante par sa nouveauté et par le résultat heureux qu'elle donna.

Aucune tentative absolument semblable n'a été faite en France. Dans les rares occasions qu'il pourrait y avoir de pratiquer cette opération, le chirurgien est arrêté par la crainte d'une hémorrhagie due à la béance des vaisseaux hépatiques et surtout par l'impossibilité de faire des sutures dans ce tissu friable.

J'ai cependant trouvé dans la littérature médicale deux exemples d'ablation d'une portion du foie. Dans ces deux cas, existait un

pédicule fibreux séparant de la masse de l'organe un lobe assez distinct.

Une de ces observations appartient à Laugenbuch. Il enleva un lobule pédiculé de l'organe hépatique, mais, malgré toutes les précautions prises, on vit se produire une hémorrhagie secondaire très grave.

Une autre tentative du même genre fut faite par Wagner (19e congrès de la Société allemande de chirurgie, 1890). Ce chirurgien lia et coupa solidement un lobule pédiculé du foie qui avait subi des altérations dues à la syphilis.

Au bout de vingt-quatre heures, le malade mourut d'hémorrhagie, par déchirure du tissu friable.

En présence de ces tentatives malheureuses, un troisième chirurgien (Hochewegg) proposa de fixer le pédicule dans la plaie pour le surveiller plus facilement.

De son côté, Lawson Tait, dans un article récent sur la chirurgie du foie, donne la statistique de nombreuses incisions qu'il a faites dans le foie sans accidents hémorrhagiques, grâce à la précaution qu'il prend toujours de toucher la surface de section avec une solution de perchlorure de fer.

Tout récemment encore je trouve (dans le *Bulletin médical* de décembre 1890, p. 1099) la relation d'un cas d'ablation d'une gomme du foie. Elle a été pratiquée par le Dr Hochenegg.

Cette tumeur du volume d'une pomme siégeait au-dessous des fausses côtes et était très douloureuse; elle fut enlevée par la laparotomie. Ce fut avec le thermocautère qu'Hochenegg sectionna le tissu hépatique. Mais il y eut, malgré cela, une hémorrhagie qui nécessita l'emploi du tamponnement par la gaze iodoformée. Ce tampon fut fixé à la paroi extérieure de l'abdomen au moyen d'une tige d'acier.

Il est clair que de tels résultats ne sont pas encourageants. De plus, il est bien difficile de voir dans aucun des faits que je viens de rapporter un précédent sérieux d'une ablation véritable d'une portion du foie.

Cependant, en tenant compte, d'une part d'expériences récentes faites sur les animaux et qui paraissent au point de vue physiologique autoriser cette opération, d'autre part de l'application du procédé de la ligature élastique, je crois qu'on peut pratiquer la résection d'une partie du foie quand celle-ci s'impose. Le fait que j'ai signalé en mai 1890, dans une communication lue devant l'Académie de médecine et intitulée : *Ablation par la laparotomie d'un morceau du foie rempli de petits kystes hydatiques, au moyen de ligature élastique, et suivie de guérison complète.*

Cette observation fut le sujet d'un rapport présenté par M. Duplay devant l'Académie de médecine en janvier 1891.

Conclusions. — Je tirerai les conclusions suivantes de cette série de faits personnels :

1° La chirurgie du foie ne présente rien d'exceptionnel; elle demande seulement quelques précautions spéciales qu'il est facile de prendre. Les ponctions, les piqûres dans cet organe sont inoffensives, avec les soins ordinaires de l'antisepsie.

2° La vésicule biliaire peut toujours être ouverte et drainée : *cholécystotomie.* C'est une simple ouverture du péritoine qu'il suffit de protéger.

Les calculs seront enlevés plus ou moins facilement, autant que possible en totalité.

Si le canal cholédoque est obstrué, l'ouverture de la vésicule sera un simple palliatif.

Quant à la *cholécystectomie,* elle peut être pratiquée quelquefois, mais avec des indications spéciales. Son utilité est d'ailleurs discutable, puisque les incisions simples donnent également de bons résultats.

3° Les résections d'une partie de l'organe hépatique peuvent être faites sans inconvénient lointain d'après les données physiologiques actuelles, et sans incident opératoire, si l'on assure l'hémostase par tous les moyens possibles : perchlorure de fer ou thermocautère. Mais la ligature élastique semble donner un résultat plus certain et plus sûr, surtout contre l'hémorrhagie primitive.

Présentation de malade.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué la cure radicale pour une hernie du poumon.

Présentation de pièces.

M. Reynier présente deux pyosalpingites qu'il a extirpées. L'une des trompes, dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit œuf de poule, était prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. Comme elle était nettement fluctuante, il a eu l'idée un instant de l'inciser par le vagin. Cette méthode eût été mauvaise dans l'espèce, car la trompe du côté opposé également altérée eût été complètement inaccessible de ce côté.

Discussion.

M. Bouilly. L'altération des trompes que présente M. Reynier est plutôt de nature hyperplasique ; la collection qu'elles semblent contenir est en effet peu considérable. Ce n'est point en tout cas aux lésions de ce genre que l'incision vaginale est applicable, car elle n'a été proposée et exécutée que pour des collections véritables, accessibles facilement par le vagin et faciles à constater et à limiter par la palpation bi-manuelle.

M. Reynier répond que la sensation fournie par le doigt vaginal, malgré l'exiguïté de la collection, était bien plutôt celle d'une collection purulente que d'une trompe hyperplasique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Z

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.3.91.